Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 36

Governance and Management of Change in Canada's Health System

by

Jean-Louis Denis

University of Montreal

November 2002

103-06726/

Catalogue No. CP32-79/36-2002E-IN

ISBN 0-662-32969-4

Although the views expressed in the papers are those of the authors, each paper was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR), of the Canadian Institute of Health Research, for their oversight and administration of the peer-review process. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Acknowledgements vii

Biographical Note viii

Introduction 1

I – Governance and Change 2

II – Establishment of Regional Governance and the Ability to Change 5
- Regionalization as a Lever to Produce Structural Change 6
- Regionalization as a Democratization Tool 7
- Regional Governance and Change 8

III – Experimentation as a Mode of Producing Change in the Health Care System 11
- Presentation of the HTF Experience 11
- Different Experimentation Modes to Produce Change 12
- Capacity to Institutionalize Change 14
- Resources for Change 14
- The Complexity of Projects and the Potential for Transformation 15

IV – Leadership as a Strategy for Change 17
- Strategic Change and Leadership in Health Care Organizations 17
- Issues in the Development of a Collective Organizational Leadership 17
- Change Management and Organizational Leadership 18

Conclusion 20

Bibliography 22

Highlights

- Despite numerous health care system reform projects over the past fifteen years or so, the need for change is as strong as ever.
- Producing transformations is an interdependent social process requiring consistency in the actions taken and in the decisions made by various governance levels.
- In order to promote change, new forms of governance and new governance practices are required.
- Our analysis identifies the need to change organizational and professional practices and proposes integrating structural change into agents' interaction and learning dynamics.
- Three strategies to produce transformations are analyzed: regional governance, experimentation and organizational leadership.
- Analysis of regional governance suggests that it must revitalize its role and benefit from lasting political support.
- Analysis of experimentation reveals that this strategy permits effective co-opting of professionals with regard to change and emphasizes the importance of not over-standardizing programs and organizational methods.
- Analysis of leadership emphasizes the importance of collective leadership in the health care system. Establishing effective collective leadership is a difficult and important organizational issue.
- Analysis of these three strategies for change is linked to a certain perception of transformation. Progressive radical change appears to be a viable option for the health care system. To produce this kind of change, it is proposed that the federal government stimulate the development of human capital by investing in change management training programs, encourage experimentation through a decentralized venture capital program and contribute to the development of inter-regional and inter-provincial sites for experimentation and regulation, and of a monitoring system in order to disseminate information and knowledge on the transformation management processes.

Executive Summary

Most OECD member countries have initiated significant reforms to their health care systems. Despite these efforts, several governments are concerned about the ability of the health care system to meet the challenges of changing technology and an aging population. The interest shown in the idea of integrating care and services is an indication of the difficulty experienced by health care systems in effecting changes in their organizational and professional practices, in order to change their methods of care and service delivery. Our study addresses the factors and processes that can promote change in the health care system, more specifically the relationships between governance and change in the health care system.

Three change strategies are analyzed: regional governance, experimentation and leadership. Regional governance relies on the implementation of a new structure to modify regulation of the health care system. Experimentation consists in promoting change through incentives and interactions between agents. Leadership is akin to an entrepreneurial mode of producing change that emphasizes the vision, legitimacy, competence and unifying abilities of certain agents.

Implementation of Regional Governance and the Ability to Change

Nine of the ten Canadian provinces have considered regional governance to be an appropriate way of promoting reform. In several cases, this kind of governance led neither to the satisfactory renewal of organizational methods of health care and services nor to a significant change in the relationship between citizens and the health care system. However, empirical analysis from the viewpoint of the agents involved in these structures demonstrates a significant investment on their part in reform projects and a desire to participate in regional governance. These agents are called upon to effectively meet a central government's expectations.

Analysis of regional governance suggests that it is a complex system of action based on managerial control, political negotiation and democratic involvement. Regional action in reform processes is dependent on the position adopted by the central government. Regional governance encountered two major limitations in its ability to effect change: its dependence on the central government's mandates and desires, and its difficulty in having an effect on practices from an inter-organizational standpoint. In order to motivate regional governance to favour change, it is suggested that it renew its role in support of emergent change, make use of a set of levers of change, and ensure ongoing support by the central government and sufficient public participation to legitimize change.

Experimentation as a Strategy for Change

Experimentation is a strategy frequently used to promote change. The Health Transition Fund program has financed a considerable number of pilot projects, including approximately forty in Quebec. A cross-section analysis of these projects reveals two crucial types of experimentation: i) prototype experimentation and ii) what is called convergent or do-it-yourself experimentation. Prototype experimentation faces two significant challenges: total implementation of an innovative model and development of systemic conditions to ensure its sustainability and

eventual general application. Do-it-yourself experimentation primarily encounters the obstacles of local change and its dependence on systemic change. Pilot project analysis reveals the importance of supporting emergent change and providing resources and incentives that are conducive to a lasting commitment, on the part of agents, to adapt health care delivery. Less complex projects are likely to produce the expected changes; however, they do not lead to significant transformations.

The proposal is to stimulate local and emergent change through venture capital programs, to co-opt professionals into change management, and to develop regional and central governance that is likely to encourage, monitor and perpetuate promising innovations.

Leadership as a Strategy for Change

Professional organizations are characterized by a division of influence and authority. This begs the question of the procedures to be used to direct change. Several empirical studies in health care organizations demonstrate the importance of instilling effective collective leadership that supports change. Effective collective leadership possesses specific characteristics that enable it to harness all of the expertise and clinical and administrative sources of legitimacy required to meet the challenges of change. There are three pitfalls to establishing collective leadership: rivalry among leaders, separation of the change project promoted by leaders from the organizational base, and a gap between the change project and what the community requires. Several organizational or systemic factors contribute to intensifying or diminishing the significance of these various pitfalls. These observations point to a series of recommendations concerning the development of collective leadership.

Conclusion

Our analysis shows that transforming the health care system is a complex task in which the decisions made and the actions taken at different governance levels must fit together in a consistent manner. In order to modify organizational and professional practices, it is important to promote local and emergent change and to accept variations in the health care system. Structural change can be useful; however, it must fit within a much more dynamic interpretation of change. A realistic transformation scenario for the health care system would involve radical and progressive change. This hypothesis assigns a transformative role to the federal government in organizing the different governance levels, financing a decentralized venture capital program to promote emergent change, and developing change management abilities and a monitoring system to distribute and share information on the transformation of the health care system.

Acknowledgements

I would like to express my sincere appreciation to the following people for their valuable comments on this report:

- François Champagne, Ph.D., Full Professor, Department of Health Administration, and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal.
- André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D., Full Professor, Department of Health Administration, and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal.
- Paul Lamarche, Ph.D., Full Professor, Department of Health Administration, and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal.
- Lise Lamothe, Ph.D., Associate professor, Department of Health Administration, and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal.
- Ann Langley, Ph.D., Full Professor, École des Hautes Études Commerciales.
- Pascale Lehoux, Ph.D., Associate Professor, Department of Health Administration, and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal.
- Raynald Pineault, Ph.D., Full Professor, Department of Social and Preventive Medicine, and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal.
- Danièle Roberge, Ph.D., Researcher, Charles LeMoyne Hospital Research Centre, and Interdisciplinary Health Research Group, University of Montreal.

Biographical Note

Jean-Louis Denis is a full professor in the Department of Health Administration. He is the incumbent of a CHSRF/CIHR Chair on transformation and governance of health care organizations and a regular researcher with the Interdisciplinary Health Research Group at the University of Montreal (GRIS). With a doctorate in health care organization from the University of Montreal, he has been involved for approximately fifteen years in health administrators training and research on the transformation of organizations and health care systems. He has authored scientific publications on strategic change, leadership and the regulation of health care organizations, and is currently carrying out research on the regionalization and integration of health care, the restructuring of university hospitals and the role of scientific evidence in the adoption of clinical and managerial innovations.

Introduction

Pressure for significant transformations in health care delivery is present in the health care systems of all OECD countries and is giving rise to numerous reform projects (Saltman and Figueras, 1998; Contandriopoulos and Souteyrand, 1996; Contandriopoulos, 1994). Although there is considerable consensus on the inevitability of change in health care delivery, it is important to acknowledge our considerable unfamiliarity with the processes by which to achieve such transformation. In addition, we know little about the nature of the changes actually achieved. Furthermore, we note that a number of these changes, including changes to the payment system for physicians, greater co-ordination of health care and services and inter-professional collaboration, have not been successfully implemented. At the same time, many ideas concerning the need for and the relevance of certain changes have been suggested and are becoming more widely accepted. Thus, our analysis seeks to gain a better understanding of the conditions that would make it possible to implement the desired changes and transformations.

The question posed by the Commission on the Future of Health Care in Canada is an important one because it relates directly to our ability to impact upon the progression and organization of the health care system. More specifically, it enables us to address the factors that are conducive to the production, distribution and institutionalization of change in this system. This more general question is complemented by three specific questions concerning i) the appropriateness of the procedures used to monitor health care and services, ii) the system's ability to manage the integration of health care and services, and iii) developing the ability to change. These specific questions will be addressed throughout this document and the importance they are given will vary depending on the section.

In this study, we concentrate primarily on the organizational and inter-organizational dynamics that can foster change to varying degrees. To this end, we first identify the problem of organization in the health care system, and put forward a concept of governance aimed at a clearer understanding of the relationship between directing policies and organizations and the ability to change. Next, we discuss three cases we feel are illustrative of the relationship between governance and change. The first discusses significant structural change in a health care system linked to the implementation of regional governance. The second involves experimentation as a strategy for producing change, using the example of the Health Transition Fund (HTF). The third presents an entrepreneurial method of producing change, focusing on organizational leadership. These three change strategies open up a debate on the relevance of forms of governance, the revitalization of change and the role of management in producing change.

I – Change and Governance

For the purposes of this study, change is defined as the modification of a system of values – of agents' perceptions of a situation, structures or practices in a given organizational field. Governance relates to the systems and practices that allow agents to develop a plausible perception of their future, to design and implement effective change strategies, and to rely on values that create trust and solidarity (Hatchuel, 2000; Aggeri and Hatchuel, 1999; Callon, Lascoumes and Barthes, 2001; Chevalier, 1996; Lascoumes, 1996). Saltman and Ferroussier-Davis (2000) suggest that the legitimacy of governance will be even greater if it relies on a strong appreciation of collective responsibility.

The theme of organizational change is the subject of numerous works (Brock, Powell and Hinings, 1999a,b; Powell, Brock and Hinings, 1999; Hinings and Greenwood, 1988; Greenwood and Hinings, 1996; Pettigrew, Ferlie and McKee, 1992; Kitchener, 1999). Change goes hand in hand with the uncertainty in clinical and administrative practices and in agents' behaviour. The problem of change is a central dilemma for reform, among others because of the multiplicity and complexity of the relationships between principals and agents (Elsenhardt, 1985) and the difficulty in establishing appropriate mandates for organizations and professionals (Denis and Valette, 2000). Furthermore, it is important to note that the process of change is not separate from the social and organizational contexts in which it takes place. Evaluations of health policies and programs have provided many examples of the impact of the organizational context on the outcome and effectiveness of interventions (Scheirer, 1981, 1987; Giacomini et al., 1996). A number of sociology studies (Perrow and Guilléen, 1990; Meyer and Zucker, 1989) rely on the concept of "organizational failure" to account for the difficulty that many organizations have in adapting to their environment. Thus, the concept of change relates to our collective ability to implement the new policies and programs necessary for a sustainable development of the health care system.

The concept of change is in itself quite imprecise. For example, basing themselves on the makers on the work of Miller and Friesen (1984), and Tushman and Romanelli (1985), Greenwood and Hinings (1996) propose a distinction between convergent and radical change on the one hand, and evolutionary and progressive change on the other. These distinctions are important for the purposes of our study. Radical change means changing the direction of organizations and of the health care system. It disturbs both the organizational structure and the agents' perceptions of their roles, practices and fields of activity. Convergent change consists in making adjustments within existing structures and perceptions. It is more akin to a social reproduction process (Bourdieu, 1980, 1992; Giddens, 1984). This distinction leads to a fundamental question for future health care: Should radical changes be implemented or should we rely on convergent change in order to ensure sustainable development? The distinction between progressive change and revolutionary change relates to the speed at which change is implemented. Do we need to act quickly or should change be introduced gradually in order to ensure sustainable development? Authoritarian or coercive (top-down) strategies or participative strategies can be used in order to promote change. Analysis of the three cases reveals a change process that varies in terms of the nature of the change, the rate of change and the degree to which it is hierarchical or authoritarian in nature (Minzberg, Ahlstrand and Lampel, 1999). We suggest that a realistic change project for health care organizations and for the health care system

would focus on radical changes proceeding in a progressive manner, by relying on strong, emergent dynamics. Quite simply, our initial hypothesis is that the considerable and recurring effort aimed at reforming health care systems in various OECD countries (Saltman and Figueras, 1997; Drache and Sullivan, 1999) are indicative of dissatisfaction with the changes that have actually been achieved. Bureaucratic or political reform projects that seek to introduce rapid change to the entire health care system result in major upheavals, without necessarily effecting any in-depth change in practices and procedures (Ferlie and Fitzgerald, forthcoming). Thus, it seems important to consider alternate ways of effecting change that focus more on incentives and learning.

Several works in the field of political science seek to define the structural conditions that govern the evolution of national health care systems (Tuohy, 1999; Ruggie, 1999). These give a good description of the evolutionary and convergent nature of change over long periods of time and they provide valuable information about the bases of current organizational methods. Our approach involves a shorter time frame and seeks to identify resources and processes to effect change in a deliberate manner, in order to limit the problems associated with the operation and legitimacy of the health care system. Thus, our study concerns the efforts directed at transforming Canada's health care system. These have had to deal with a double imperative: to renew or adapt the provision of health care, while at the same time controlling costs more effectively. There is a constant tension between these two objectives and there is no simplistic solution to resolve this dilemma easily. In addition, we have decided not to specifically analyze changes to the health care system that could have resulted from challenging the very logic of this system. If we were to address health determinants or population health, this could significantly alter our perception of health care and, consequently, our perception of the role and operations of the health care system (Hayes and Dunn, 1998; Evans, Barer and Marmor, 1994).

To meet the need to regulate organizations and the health care system, governance relates to the organizational design of the health care system and the sharing of responsibilities and activities among its various entities, the production and information distribution systems and mechanisms, and the modes of financing organizations and professionals (Contandriopoulos, Denis, Touati and Rodriguez, 2001). In order for governance to be effective, it must also address the consistency of decisions made and actions taken at the clinical, organizational and general policy levels. The way in which health care systems will structure governance is a social and political issue in itself. For some, governance is, first and foremost, a matter of democratization of political and administrative structures (Bickerton, 1999; Bohman, 1996). It is an instrument for acting on the distribution of influence in a given system and for producing radical change. In addition, governance clearly poses the problem of managing uncertainty. Exercising governance means getting involved and new relationships between agents in order to determine appropriate action and ensure the viability and legitimacy of the system (Callon, Lascoumes and Barthes, 2001). In this respect, democratic government includes a dimension of learning, as it makes it possible to generate new political options for a given social system for which one cannot assume that any agent possesses all the resources and expertise required to design and implement solutions to collective problems (Hatchuel, 2000; Lascoumes, 1996; Alter and Hage, 1993; Bryson and Crosby, 1993). These considerations cast the role of governance in terms of strategies that lead to change to the health care system on a functional level, and in terms of acting on the understanding that social agents have of the conditions for legitimacy of this

system (Bickerton, 1999; Hatchuel, 2000; Callon, Lascoumes and Barthes, 2001). To renew governance, that is, the ability of health care organizations and systems to assess, induce and direct change, several strategies or levers can be used: incentives, influence, regulation, formal authority including structural change, and moral commitment (Valette, Contandriopoulos and Denis, 2000; Contandriopoulos, Fournier, Denis and Alweiler, 1999; Hood, 1983; Ferlie et al., 1996). Our analysis concerns three variable strategies to revitalize governance: i) regional governance, which consists in structural modifications of the health care system in order to bring some of the regulatory processes and mechanisms toward a new area; ii) experimentation, which relies primarily on incentives and commitment; iii) leadership, which uses influence, vision and formal authority to produce change.

II – Establishment of Regional Governance and the Ability to Change

By creating new organizations, regionalization policies seek to establish enhanced strategic capacities at the intermediate level of the health care system (Denis and Valette, 1997). Establishing regional governance involves both centralization and decentralization (Lemieux, 1999). The central government delegates some of its decision-making and action powers to regions. Local communities or health care institutions also delegate part of their decision-making and action powers to regional authorities. Some view regionalization as having the potential to perform various functions more effectively, including resource allocation, services planning, and facilitating public participation in governance (Smith, 1979; Rondinelli, 1981).

In Canada, regionalization has been a major form of experiment in health policy. Nine of the ten provinces have adopted a regionalization policy thus relying on the potential of this structural change to bring about reform (Bickerton, 1999; Church and Barker, 1998; Mahtre and Deber, 1992). Various initiatives along this policy focus on radically different conceptions of the merits of regionalization. For some (Church and Barker, 1998), regionalization has not yet proven itself in terms of co-ordination and integration of health care and services. For them, regionalization is a rational instrument for achieving the objectives of efficiency and effectiveness in service delivery. For others (Bickerton, 1999; Mahtre and Deber, 1992), regionalization has not brought about the greater democratization of administrative structures and service systems expected. According to the latter, regionalization is an instrument for government renewal, which makes it possible to avoid exchanging a traditional bureaucratic government for a competitive one likely to relinquish its responsibilities for social policy (Bickerton, 1999; Trottier et al., 1999). These analyses offered an overall assessment of regionalization policies, showing that the latter pursued objectives difficult to reconcile with each other, and that the various Canadian provinces adopted diverse organizational arrangements to establish regionalization (Denis et al., 1998). These more macroscopic analyses suggest that regionalization has had imperfect results in producing change; although it may have made it possible to initiate reform and to provide an avenue for action in complementarily with central governments.

Other works (Lomas, Veenstra and Woods, 1997a,b,c; Lomas, 1997; Lewis et al., 2001) address the attitudes, motivations and perceptions of board members of regional authorities. These studies provide a portrait of regionalization in some Canadian provinces from the perspective of regional stakeholders. They demonstrate that board members take their mandate very seriously and devote a considerable amount of their time to it, that they are middle-class and have had previous experience as board members. Board members recognize that they defend particular geographical or group interests. They feel less equipped technically in terms of needs analysis and planning; however, they are well informed about the processes and rules of deliberation. They feel they are better informed about costs and service utilization than about service benefits, citizens' preferences and the opinions of key players in the community. These results suggest that regional boards are more likely to respond to the wishes of the central government than to local preferences. Although they acknowledge that they do not have all the information they deem useful for decision-making purposes, they believe that, on the whole, they are still able to make good decisions and support reform projects. In addition, these references

demonstrate a lack of consensus on the central government's role in terms of support for or obstacles to local reform. Most respondents believe that they are held accountable for elements that are not entirely within their control, and that the central government's rules are too constraining.

In general, these empirical works on the viewpoints of agents of regional governance suggest that regionalization policies have produced some changes. They have made it possible for regional agents to participate in boards, to become involved in reform projects and to actively manage a health care policy rather than a health policy.

Regionalization as a Lever to Produce Structural Change

Based on empirical studies conducted in different regions of Quebec and France (Denis, Langley and Contandriopoulos, 1995; Denis et al., 1998; Denis, Langley and Contandriopoulos, 1998; Denis, Contandriopoulos, Langley, Valette and Rodriguez, 1999; Denis and Valette, 1997, 2000; Denis et al., 2001), we analyzed the role of regional authorities in restructuring the provision of health care. These works reveal certain dynamics that link regional governance and change, namely the role of reformist ideologies and structural changes in reform.

In Quebec, regionalization found its legitimacy in part by evoking a specific reformist ideology (Rocher, 2001), that is population health. This trend also had a strong impact on the reformist position of several Canadian provinces (Hayes and Dunn, 1998; Mahtre and Deber, 1992; Davidson, 1999; Casebeer and Hannah, 2000). Such position, if translated in operational policies, may represent major changes for organizations and the health care system. It can lead to substantial change in the resource allocation scheme within a region, hence the distinction usually made between the preventive and curative sectors of service delivery, or to a focus on cross-sectoral policies and programs in areas such as access to income, housing or education. Within this perspective, the regional authority effects change by relying on a stronger health care policy that focuses on the efficiency and effectiveness of health care, and by assuming a more assertive advocacy role toward other authorities for pro-health actions (Evans, Barer, Marmor, 1994). At first glance, Quebec regional authorities took strong action to restructure health care provision and, through their public health management, they played an advocacy role.

In concrete terms, the strengthening of regional governance in Quebec in the 1990s led primarily to tight control over resources allocated to health care as well as a reallocation in the areas of social services, prevention and out-of-hospital health care programs. In other words, regionalization coupled with a strong policy to control central government expenditures made it possible to limit the development of in-hospital health care delivery. By way of illustration, between 1995 and 1998, the Montreal area experienced a 16% decrease in hospital budgets and a 25% decrease in the number of hospital beds (Observatoire sur la transformation des organisations de santé: www.santemontreal.qc.ca). In addition, the 1990s were marked by a number of institutional mergers or consolidations, which significantly changed the autonomy of these organizations and the structural landscape of the entire health care system. There is no need to outline all of these changes here. Among other considerations, these structural changes sought to augment the use of outpatient practices, including day surgery, and to curb the imbalance

between the provision of hospital care and community care. Some of these changes are in line with trends in the health care systems of other industrialized countries, while demonstrating the ability of regional authorities to induce structural change and, as such, to promote change in hospital practices (Denis, Langley and Contandriopoulos, 1995).

Overall, in spite of a reformist ideology in Quebec focused on "population health," regional authorities have been a special instrument of structural change at a time of significant resource constraints (Lomas, 2001). They likely helped to speed up certain trends in the evolution of hospital care provision, such as the development of outpatient health care services. In addition, outside large urban areas, they promoted a territorial health care framework on a smaller scale by merging health care institutions serving small areas. Such changes lead to two observations about the regional government's ability to produce change.

First, regional health authorities took strong action in order to restructure health care delivery without necessarily being able to promote or effect change in the practices associated with health care and services co-ordination between collaborating institutions (Leatt, Pink and Guerriere, 2000; Denis, Lamothe, Langley and Valette, 1999). In order for regional governance to be effective, it is important that the various levers, including the compensation of medical resources and the funding of medical practices, come under the regional authority (Contandriopoulos, Denis, Lamarche and Touati, 2002; Contandriopoulos, Denis, Touati and Rodriguez, 2001). Some provinces have chosen to integrate health care institutions under the regional authority, and thus to abolish independent boards. To our knowledge, there are few, if any, studies that address systematically the potential of this integration measure while making it possible to compare its benefits and limitations with a regionalization model where institutions preserve their autonomy. Logically, it would seem that an integration such as this would promote the co-ordination of health care and services, yet adversely affect the identity of organizations and the motivation of professional and managerial teams (Denis, Lamothe, Langley and Valette, 1999).

Second, the province of Ontario, without having established regional governance, was also able to strongly intervene in health care structures (see the HSRC report, March 2000). There are therefore several governance options to bring about structural change. However, it is important to remember that, in Quebec at least, such actions directed at health care institutions had previously been impossible. The restructuring limitations of adapting the provision of health care suggest that there can be significant change without necessarily transforming the relationships between organizations and professional groups in order to co-ordinate health care and services more effectively.

Regionalization as a Democratization Tool

As we mentioned at the outset, for many, the issue of governance is essentially a problem of citizen participation in the conduct of public affairs. According to this view, the desired change will enhance citizen participation in governance. In a previous study, we addressed the question of the role of public consultation in the decision-making process for difficult decisions such as closing public hospitals (Denis, Langley and Contandriopoulos, 1995, 1998, 2000). This study of a decision-making process in a large metropolitan area revealed that the regional authority

supported public consultation within a rigorous technocratic framework. The consultation process was well-planned and used for purposes of information (Forest et al., 2000) as well as persuasion, while leaving the regional authority open to demands from various segments of the community. Public decision-making was a way of demonstrating the merits of the policy advanced by the regional authority and of limiting the pressure that different groups could exert directly on the decision-making process. We also observed at that time that a crucial component of a regional authority's ability to handle external pressure was the unwavering solidarity of its management team and board. Thus, in this case, social technology associated with democratic governance, that is public consultation, coexisted with a competent and cohesive technocratic and administrative apparatus.

That observation led to the suggestion that regional governance is definitely a hybrid mode of action seeking to combine the advantages of democratic participation, managerial control and political negotiation with influential groups in order to have a legitimate impact on the provision of health care (Denis, 1999; Denis, Contandriopoulos, Langley and Valette, 1999; Denis and Valette, 1997). When the regional authority has no power of taxation, the central government's directions and desires largely control its governance capacity. In addition, the regional authority sometimes requires the co-operation of institutions to bring about change, while minimizing the negative impact of certain constraints on the availability and accessibility of health care services. This is where political negotiations with institutions present on its territory come into play. Among other considerations, public participation could be used to anchor the regional authority in a local political culture in order to establish its legitimacy and possibly reduce its dependence on the central government. This proposal is consistent with the analyses of Bickerton (1999), who views regionalization as a means of renewing government, and who refers to a realistic conception of public participation in health care systems (Contandriopoulos, Denis and Langley, 2001).

Regional Governance and Change

Does regional governance promote or permit significant changes in citizens' relationships with the government and its administrative apparatus and in the provision of health care?

The potential of regional governance cannot be assessed without considering a central government's initiatives and capacity for action. In Quebec's case, decisions made by the central government, such as the early retirement of health care professionals including nurses, adversely affected the freedom of regional authorities to bring about change. The tensions created by such decisions in organizations' operations and the potential patient dissatisfaction with service availability and accessibility have dealt a severe blow to the legitimacy of reform. In fact, one basic problem of governance and change is maintaining the legitimacy of regional reorganization projects when decisions from higher administrative or political levels threaten coherence and the resources allocated to these projects. In addition, the evolution of regionalization in Quebec demonstrates quite clearly that regional action in the health sector has become more fragile and less legitimate in the eyes of the central government (Turgeon, CJYR, 2001). This trend is also evident in other provinces (Lomas, 2001). The Quebec example shows that ensuring the political conditions that make it possible to renew lasting governance is a fundamental problem in change

management. Once again, we do not think there are simple solutions to ensure sufficient political support for regionalization and decentralization policies.

In general, the relationship between regional governance and change can be expressed as follows. Establishing strategic abilities at the regional level made it possible for the health care system to come through difficult times and bring about significant restructuring. Health care organizations and professionals have been severely affected by these change processes, which have been rapid, rather than progressive. These structural changes are probably convergent in the sense that they can strongly threaten the existing equilibrium without significantly reconstituting the provision of health care, including the co-ordination of health care and associated services. The approach used to bring about these changes was authoritarian or hierarchical in several cases, because regional authorities had to quickly impose strong constraints on health care organizations. Regional governance was built, according to the circumstances, with or without the presence of independent institutions and was exercised within the context of maintaining considerable independence for the medical profession.

This analysis of the relationship between regional governance and change leads us to make recommendations that convey a particular vision of organizational change. Following a significant phase of structural change, regional governance must move toward a supportive and catalytic role in terms of the dynamics that bring about changes in practice, enhanced co-operation between agents and organizations, and consequently, more effective integration of health care and services. In order for such changes to take place, regional governance must have strong and lasting legitimacy in the health care system, and it must approach structural change as the next stage after the adoption and understanding, by agents, of an ideology that promotes the integration of health care and services.

Proposal 1: To produce transformation, regional governance needs to target organizational and professional practices.

Proposal 2: To produce transformation, regional governance, in addition to carrying out its responsibilities relating to control, needs to play a supportive and catalytic role with regard to the organizations within its territory.

Proposal 3: To produce transformation, regional governance needs to rely on a combination of strategies in order to revitalize and channel change, including incentives, training, political negotiation and structural modifications.

Proposal 4: To produce transformation, regional governance projects need to receive consistent and sufficient support on the part of the central government.

Proposal 5: To produce transformation, regional governance needs to gain control of various levers that enable it to promote the integration of health care and services in the community. These include the remuneration of medical personnel, closer co-operation with highly specialized health care facilities and methods of funding that promote institutional co-operation.

Proposal 6: To enhance its ability to effect change, regional governance needs to stimulate local, public participation so that change projects can realize their full potential and be sustained as needed without exhausting human resources in the health care system.

III – Experimentation as a Mode of Producing Change in the Health Care System

This section deals with a particular mode of producing change, experimentation through funding pilot projects in the health care system. Experimentation has long been viewed as a special learning mode in complex social systems (Campbell, 1969). In order to discuss the relationship between experimentation and change, we will mainly use the results of a cross-section analysis of HTF projects carried out in Quebec (n = 40 projects, Desbiens, Dagenais, Joubert et al., 2001; Denis, 2001; Denis, Lamothe and Langley, 2000, 2001a) and the results of studies of specific projects (Touati et al., 2001; Béland et al., 2001a,b; Lamarche et al., 2001a,b). This is not an in-depth look at the HTF experience in its entirety, but rather some observations on the relationship between experimentation and the production of change in health care systems. Here, we are interested in a situation quite different from the one analyzed previously; we are not dealing with projects that create new structures and forms of governance, but rather with projects that seek to produce local change by maintaining a relative consistency in the current boundaries and rules of the health care system. Thus, the analysis of the HTF program makes it possible to assess the potential of convergent and progressive changes in transforming health care provision. These changes can, through a domino effect, produce more substantial change in the long term in the organization and operation of the health care system. However, as we shall see, local initiatives very often require transformations on other levels in order to promote lasting, substantial change. Some of the interest in these projects lies in the frequent involvement of health care professionals or providers in more subtle dynamics of change compared to major reform led by policy, central governments and public bureaucracy (Ferlie and Fitzgerald, forthcoming; Brunsson, Andersson and Sahlin, 2000).

In this section, we begin by briefly presenting the context and diversity of HTF projects in Quebec. Then, we discuss the transformation potential of practices and organizations associated with these projects, ending with a discussion of the resources and factors that are conducive to producing change in the health care system and the role of experimentation in these processes.

Presentation of the HTF Experience

HTF projects took place within a specific economic and political context. They represent a special approach adopted by the federal government in Canada in recent years to finance targeted programs in a context where its financial involvement in the health care system has decreased. In addition, provincial health care systems and organizations that received funding during this experiment were at a relatively low ebb when the HTF program began in 1997. Thus, change represents an enormous challenge. Two important questions underlie the HTF program: i) How to ensure that the resources allocated to innovative projects are not redirected into the standard elements of the system and, in particular, not used to fill the gaps caused by periods of fiscal austerity? ii) How to ensure that human resources, under great pressure to deliver health care and services, become involved in innovative approaches? Finally, assessment processes associated with all HTF projects allow us to draw conclusions about the relationship between the production of knowledge and the production of change.

Most of the projects (31/40) financed by the HTF in Quebec involved the integration of health care in order to enhance the efficiency or quality of services provided. A number of others (17/40) involved the introduction of technological tools such as new information systems or clinical practices guidelines. In addition, the projects also differed in their choice of intervention targets seen as priorities. These involved such things as a specific clientele (e.g. the frail elderly, or monitoring persons with a specific disease, or the organization of health care and services for a community or territory with mixed clienteles and pathologies (Desbiens, Dagenais, Joubert and al., 2001). These different project types highlight some essential facets of change in health care systems. They demonstrate that there is considerable interdependence in effecting change in health care systems. In fact, it is difficult to limit change to one specific field – to clinical practices, for example – without having to make changes at some time or another to governance, including resource allocation and economic incentive (Contandriopoulos, Denis, Touati and Rodriguez, 2001; Contandriopoulos, Denis, Lamarche and Touati, 2002). This empirical observation is consistent with the idea that organizational change is an overall process requiring new alignment between agents' values and interests and organizational design in the broad sense of the word (Greenwood and Hinings, 1996; Minzberg, Ahlstrand and Lampel, 1998, 1999).

Different Experimentation Modes to Produce Change

Returning to experimentation as a technique to effect change in the health care system, HTF projects in Quebec gave rise to three distinct experimental approaches: i) prototype grafting, ii) introducing new interventions with no direct patient impact, and iii) renewing current practices and procedures. Here, we discuss change processes associated with prototype grafting and with renewing current practices. The experimentation mode that involves introducing new technologies or interventions for professionals will be discussed in more detail below in the section analysing internal change processes in health care organizations.

Prototype experimentation (e.g. the SIPA project) consists in grafting a new service delivery model onto the usual operation of the health care system (Béland et al., 2001a,b). Prototype experimentation is appealing because it seems to offer a more controlled vision of change. Prototype experimentation encourages stakeholders to invest considerable energy into project implementation. With this mode, it may seem easier to intervene in favour of change during the experimentation. However, prototype experimentation raises certain challenges. The prototype itself represents an alternative to usual organizational modes and health care and service delivery modes. Thus, revisiting the model at the end of the experimentation clearly raises the question of the capacity for replacing the usual organizational or intervention modes by the prototype – replacing the usual home care model by a SIPA-type model. Implementing a prototype during experimentation may also be incomplete. Several HTF projects involved testing a capitation financing formula without being too localized. It also raises the issue of harmonizing a health care and services model that is developed for a specific clientele with the health care system as a whole. Several pilot projects represent just one specific component of the more integrated health care models (Denis and Lamothe, 2001).

As an example of prototype experimentation, the SIPA project clearly illustrates the interdependence involved in effecting change. It demonstrates that a planned and conscious approach to change under the responsibility of committed professionals can produce practice-related changes during experimentation. Furthermore, in order for it to continue and remain consolidated, local change must be based on systemic changes. Thus, there are major uncertainties as to the capacity of organizations and local agents to institutionalize significant changes. To act toward change, it seems useful to consider the complementarity of the participative and emergent local modes of change using a more directive and centralized approach with the potential to modify some health care system rules and enhance the system's ability to adopt innovations.

Unlike prototypes, other experimental projects push change toward resources and current health care system structures. These projects may be based on an injunction from a governing authority, for instance to seek alternatives to institutional mergers in order to attain the objectives of resource downsizing and enhanced coordination of health care and services (Lamarche et al., 2001a); on perceived threats in the community such as the possible closure of a small hospital (Touati et al., 2001); or on a strong conviction on the part of local stakeholders that it is possible to do more with the resources at hand. It involves a change that is, by nature, locally entrenched – and has been for a long time – and has strong emergent dimensions. It appears less planned than the prototype experimentation and seems more like a resourceful do-it-yourself experimentation. Several lessons may be drawn from the dynamics associated with this type of experimentation (Lamarche et al., 2001a,b; Denis, Lamothe and Langley, 2000; 2001a). Various initiatives may be launched to produce change; however, structural change seems to have limited potential. In fact, in order for structural changes to produce pay-offs in terms of health care and services coordination, they must be in synergy with the existing dynamics of cooperation among stakeholders. Approaches to structural change have a greater chance of being productive if they complement emergent changes already in place. Moreover, the changes that benefit patients are changes to professional practice – the way professionals provide health care and services. This is also one of the strong points in experimenting with new prototypes of health care and services delivery. In addition, in order for the dynamics between agents to converge, including co-operation among doctors, organizations and other professionals, incentives must become the focus of change. In this respect, change cannot be strictly structural or voluntarist, it must rely on a synergy between these two factors and the incentives (Denis, Lamothe, Langley and Valette, 1999). As well, promoter involvement in the various projects facilitated consolidation of one vision of changes to be made, and lent legitimacy to developing and setting up implementation strategies. We will revisit this question in section III dealing with organizational leadership.

A plausible strategy for managing change is being developed in the health care system and organizations using these two modes of experimentation (prototype and do-it-yourself). HTF projects have led to changes that are closer to an emergent mode, that is a mode that distances itself from bureaucratic downsizing which gave precedence to the structural change mode in the health care system (Denis, Lamothe and Langley, 2000). They clearly show the importance of not approaching change strictly as a *top-down* process, but instead relying on the emergent (*bottom-up*) dynamics created by professionals working closely with service and care delivery (see, for example, the Umbrella Project in Alberta). This more flexible approach to change, combined with the need to assess innovative projects, may provide considerable new

knowledge and the emergence of new alliances between practicing and academic circles (Denis, Lamothe and Langley, 2001a). It is also consistent with an adaptive perspective of organizational design that is more in line with the imperatives of professional production and knowledge-based management of organizations (Alvesson, 2001; Anderson and McDaniel, 2000; Empson, 2001a,b; Lowendhal, Revang and Fosstenlokken, 2001; Lamothe, 1996). However, the question of the dissemination and durability of local change remains unanswered.

Capacity to Institutionalize Change

Three dilemmas limit the potential for change associated with experimentation in the health care system (Denis, Lamothe and Langley, 2001a). The first dilemma concerns the very nature of the organizational models or structures arising out of experimentation. Several projects aim to enhance coordination between organizations and must constantly adapt to an essentially vertical structure in the health care system. The second dilemma lies in the conditions for committing the stakeholders to the experiment. In several projects, uncertainty as to the continuity of an experiment, which is a fundamental characteristic of this mode of production change, undermines the commitment and may adversely affect the conversion of experimentation resources into permanent transformations to organizational modes in health care and practices. A third dilemma deals with the issue of the fragmented health care system, raised by numerous health care commissions in various Canadian provinces (Fyke, Clair, etc.). The HTF program gave rise to multiple experiments that are difficult to understand and integrate into an overall policy for the health care system. Therefore, experimentation requires the structuring and controlled use of the emergent local phases, and the more centralized and generalized change phases in the health care system. This culture of experimentation must be both strengthened and maintained, while envisioning it as a special objective of governance in the health care system. To be more precise, strategies must be developed to enable an ongoing, effective interaction between governance, which is responsible for ruling on the relevance, sustainability and funding of experiments, and promising local initiatives, without unnecessarily restricting their possible development. Courses of action are being developed in order to renew the roles of regional governance, studied in the previous section on, among other things, the relationship between knowledge production and knowledge use, the training of agents for change, and the decision-making process in experimental programs.

Resources for Change

It is possible to define all the resources for change from an analysis of the HTF projects (Denis, Lamothe and Langley, 2001a; Denis, 2001). The HTF experience shows the importance of bringing together operators, professionals and others staff to develop change projects. Physician co-operation is essential, yet difficult to achieve in many projects. For the most part, HTF projects involve a decentralized mode of change production, which has certainly been instrumental in introducing diversity into a system that is rather focussed on uniformity. HTF projects have very often focussed on the emergence of flexible structures, such as coordinating or consultative committees that can promote change when they have access to the necessary resources. These flexible structures are obviously much less disruptive for the agents than more rigid structural changes. Moreover, they are more effective in an experimentation context, which

makes it easier to monitor certain resources through such structures. The HTF experience likely teaches us very little about the effectiveness of these flexible structures in the usual context in which such structures have to mobilize resources under institutions' control. In addition, the HTF projects are rather clear evidence that agents need resources and time in order to develop changes to professional practices. Change is also fostered through the presence of promoters or leaders who have a vision of the transformations to be effected. This vision is akin to a reformist ideology but one whose outlines are locally defined and thereby enable agents to identify with the change project. These resources can make it possible to get the most of the experiment.

The Complexity of Projects and the Potential for Transformation

Therefore, HTF projects have represented an extremely varied program in terms of change management. In the health field, and to consider the interdependence in change production, we defined three areas where change must come about: i) the clinical system, which includes the way of providing health care and the relations between professionals; ii) the administrative system, which includes the terms and conditions for funding the management system and the information system; and iii) the collective system of representations and values (Contandriopoulos, Denis, Touati and Rodriguez, 2001). An experimentation project will be all the more complex as it expressly seeks to make changes to the three areas listed. In light of the analysis of the HTF experience, it appears to be difficult to make any significant change in one area without disrupting the others. An analysis of the HTF experience also allows to form a hypothesis about the relationship between the complexity of a project and change production. Projects dealing with the clinical and administrative aspects, with the values and relationships between the local and the overall operation of the health care system, are eminently more complex than those limited to a localized clinical dimension. A simple project, such as an education program for asthma patients, will produce predictable changes but will probably be a source of only rather moderate transformation of the health care system. Conversely, a complex project that seeks to make changes in the different areas that we have just described, such as the restructuring of health care and services of an entire rural territory, will have a high potential to transform the health care system but may run into a number of difficulties in fulfilling this potential.

These statements clearly show the importance of incorporating change projects in the long term since that is when the most significant transformations may come about. Including change on a time horizon is appropriate in that arguments may be made about the ability to produce more radical changes in a progressive manner. To date, the health field has provided several examples of the difficulties involved in producing radical change at the administrative level and in terms of relations between professions. Established support from a governing authority in favour of experimental projects could likely play an instrumental role in making radical and progressive change in the health care system a reality. This also begs the question of whether the governing authorities have the capacity to participate in the long term. From our perspective, when projects are as ambitious as we have just described and when they are based on strong professional dynamics, there is a potential for major transformation. One important target of managing change in the health care system is an enhanced ability to properly monitor local

initiatives and their relations with changes that must be produced at other levels of human and financial resources management.

This analysis of experimentation as a mode of change production leads us to make the following proposals:

Proposal 1: To produce transformation, it is important to promote local and emergent change.

Proposal 2: To produce transformation, it is important that strategies be developed to ensure the involvement of professionals and others in local change projects. Incentives appear to be essential in ensuring the commitment of independent professionals.

Proposal 3: To produce transformation, experimentation alone will not suffice; there must be reliance on the roles, resources and skills of central and regional governance authorities in order to promote, monitor, disseminate and institutionalize experimentation.

Proposal 4: To produce transformation, it is important for all governing authorities to develop "venture capital" type programs in partnership with health care organizations.

Proposal 5: To produce transformation, experimentation must rely heavily on the development of agents' cognitive capacities. By cognitive capacities, we mean a capacity to visualize complex change processes. In this respect, the training of agents involved in change management and implementation appears to be an important aspect.

Proposal 6: To produce transformation, experimentation must be part of a cyclical process alternating between the emergence and planning phases of change management.

Proposal 7: To produce transformations, it is important to manage the coherence of the local project and its place within the systemic context.

IV – Leadership as a Strategy for Change

Organizational leadership represents an entrepreneurial mode of change production. In this section, we examine the factors that are conducive to the emergence of an organizational leadership that favours change.

Strategic Change and Leadership in Health Care Organizations

For over ten years now, we have followed change processes in health organizations, particularly in university hospitals (Denis, Langley and Cazale, 1996; Denis, Lamothe and Langley, 1999, 2001b; Denis, Langley and Pineault, 2000). Recent works (Brock, Powell and Hinings, 1999) suggest that professionals, including doctors, see the context of their practices undergoing transformations while managing to maintain a strong autonomy. Currently, the recruitment of medical workers and the mobility of this professional category suggest a growing autonomy of doctors vis-à-vis organizations. This raises the question of what organizational conditions are required for producing and controlling change in such a context.

Several studies shed light on the role of managers in steering organizations and implementing changes (Hambrick and Mason, 1984; Finkelstein and Hambrick, 1996). This work is often developed around a very individualistic and grandiose vision of organizational leadership. This perspective appears ill-suited to the workings of complex organizations marked by a fragmented authority structure. This led us to focus on the specific characteristics of leadership in these types of organizations. The concept of collective leadership highlights the importance of a multiplicity of agents in the development of change projects. It is based on the necessity of ensuring that the clinical and administrative areas are represented in leadership positions. Organizational leadership would be based on both the promotion of diversified skills and different sources of legitimacy. To harmonize these different resources for the exercise of leadership, the functional properties of a collective leadership can be defined as follows (Denis, Lamothe and Langley, 2001b). To enhance change abilities, collective leadership must be distinct, specialized and complementary. The differentiation of leading roles is related to an effective division of roles among the leaders of the organization. This differentiation could prevent unproductive rivalries among those individuals. There may also be a greater capacity for leadership if leaders have specialized and complementary roles, so that they may deal with all of the change issues.

Issues in the Development of a Collective Organizational Leadership

The collective leadership approach allows for an understanding of the role of change agents. There needs to be strong leadership for change to occur. However, the existing leadership may be a source of inertia; in such situations, it must be reconstructed and considered as a prime target for change. Three factors threaten the stability and effectiveness of a collective leadership: i) rivalry between leaders to dominate organizational processes; ii) the separation of the leaders' strategic project from the organizational base; and iii) the weakness of the change project in relation to environmental requirements. These factors can prevent an organization from building enough leadership skills to manage significant changes.

Specific organizational processes lie behind these three factors that threaten the practice of a collective leadership. Rivalry between leaders may be linked to structural factors such as the scarcity of opportunities or the identification of leaders with different segments of the organization. The separation of the leaders' project from the organizational base may depend on the inability to mobilize professionals in collective leadership development. Lastly, the significance of power struggles and divergent opinions on the future of an organization may push leaders to make significant compromises with respect to the scope of a change project. These compromises may jeopardize the consistency of the organizational strategy with environmental trends. The importance of the vision in managing change processes (Kotter, 1995) takes on its full meaning insofar as it can prevent change projects from drifting too far off track.

Change Management and Organizational Leadership

Acknowledging the importance of leadership in health care organizations has several consequences for change management. It shows how the reconstruction of management teams in organizations is closely linked to the ability to produce change. An empirical analysis of the processes of merging teaching hospitals also suggests that any major change is accompanied by destabilization of relations between the different components of the organization, in this case between administrative agents and professional or clinical agents. We need to know more about the mechanisms that are conducive to generating or maintaining trust between these key agents of the organization. Effective co-option of leaders from the professional sphere can help to build trust. Moreover, the social and organizational dynamics surrounding the deployment of a collective leadership cannot produce change by themselves. If change projects are significant enough, they will have varying impacts on agents and groups of agents. Ideally, these impacts will maximize benefits for the greatest number of agents in an organization and in their environment. These benefits, already mentioned in the HTF analysis, can be in the realm of learning and autonomy in the completion of new models of health care organizations and practices. However, it is also clear that the benefits arising from the introduction and implementation of major changes will not be the same for all groups and agents (Miller, Greenwood and Hinings, 1999). Collective leadership in favour of change – as consolidated as it may be – must be able to rely on incentives that are consistent with the desired changes.

Therefore, it appears that change management is a complex process within organizations, and it becomes more complex when it involves several organizations that are distinct yet required to cooperate more closely. The dimensions of a functional collective leadership and the mechanisms likely to foster the coexistence of multiple identities in one single organizational project will be more difficult to produce in inter-organizational spaces (Denis, Lamothe and Langley, 2001b). The co-opting of professionals is central but must be promoted through effective incentive systems. Management tools such as quality strategies and performance indicators may also help to channel the behaviour of autonomous agents towards change (Berry, 1983; Oakes, Townsey and Cooper, 1998). However, so that these approaches may bring about change, they must be supported and guided by a strong organizational leadership.

The dynamics of leadership in favour of change lead us to make the following proposals:

Proposal 1: To produce transformation, it is important to achieve solid cooperation between agents in the clinical field and in the administrative field in steering change.

Proposal 2: To produce transformation, it is important to develop a collective vision of organizational leadership.

Proposal 3: To produce transformation, the agents in a leadership position share the leader roles effectively and accept changes to those roles over time.

Proposal 4: To produce transformation, leaders must pay special attention to communication and to the validation of change projects with the organizational base. This validation includes an inventory of costs of change for the various agents and groups of agents.

Proposal 5: To produce transformation, leaders must be in a position to strike a balance between the agents' preferences within an organization and outside pressures for change.

Conclusion

In this study, we have analyzed different basic processes for building capacities for change in health care systems and organizations. We quickly realized the interdependence of governance and change capacities. Change of a local, voluntarist and emergent nature is not sufficient in the health care system. If this were the case, there would be no operational problems in the current health care system, nor any shortcomings in the renewal of practices. Throughout this study, we have worked on the assumption that a radical change should come about progressively through the standardization of policies and of initiatives at the macroscopic level of government, as well as at the organizational and clinical levels in the health care system. Convergent change comes about through fine-tuning and does not significantly modify agents' perceptions of their areas of activity, current modes of operation and practice, and the degree of cooperation and coordination between the different components of the health care system. Radical change affects all of these elements so as to significantly alter practices, organizational forms and the interpretation by agents of critical issues for the sustainable development of the system. The recent evolution of the health care system and organizations has converged towards a need for radical change. The problem associated with the integration of health care and services is a good indicator of the importance of implementing such changes. Moreover, recent experience with health care reforms demonstrate the need for wisdom in the speed of implementation of change. The health care system in Quebec shows that it is possible, in a short time, to make major structural changes and, in so doing, to destabilize the health care system and organizations. Such upheaval did not facilitate the implementation of radical changes to the fundamental operating logic of the system. It is through these observations that the idea of a progressive radical change appears to produce results. By favouring such an approach to change, the role of governance gains importance.

To bring about transformation, governance must take its supporting, expert and incentive role seriously in emerging change projects in the health care system. An analysis of regional governance shows potential for significant intervention, but one that is geared toward promoting experimentation. An analysis of the HTF experience shows its limitation to a strictly local change production. The incentive of professionals and organizations and the development of human resources through change training should have preferential status in governance practices. A leadership analysis shows the need to develop an organizational elite able to assume the control of change and adapt their roles to the progressive character of that change. In all of the processes we have analyzed, the costs and benefits of change for human resources must be considered. In a professional context, these benefits can involve a key learning component. However, learning cannot take place if changes lead to excessive and seemingly disruptive upheavals in clinical work.

This leads us to make the following recommendations. These recommendations translate the results of our analysis into courses of action for the federal government. They are based on the assumption that the federal government is maintaining and will seek to maintain a role in the evolution of the health care system in Canada. They are also influenced by the notion that there must be diversity in a system so that it can renew itself. A support role for the federal government in the renewal of the health care system thus seems reasonable. The experience with the HTF program suggests that it is possible to promote experimentation; special attention should

however be paid to the sustainability of initiatives that appear to be promising. This likely compels greater synergy between the various governance levels in the health care system.

Recommendation 1

To help produce the transformation required in the health care system and organizations, the federal government must pay special attention to the need for consistency between the initiatives taken at the different levels of policy and administrative decision-making. This recommendation is based on the importance of the interlocking logic of change production in complex systems.

Recommendation 2

To help produce the transformation required in the health care system and organizations, the federal government needs to rely on human capital development, and invest resources in the training of agents for change. This recommendation is based on the critical role human capital plays in professional organizations, on the necessary autonomy of agents and on the importance for agents to develop favourable perceptions of the implementation of change.

Recommendation 3

To help produce the transformation required in the health care system and organizations, the federal government must invest in a decentralized risk capital program to promote experimentation with new organizational models and practices. This recommendation is based on the importance of making resources available so that agents can commit to change and of the role of local governance structures in revitalizing change. This risk capital program must be integrated with other governance structures instead of directly addressing the local level.

Recommendation 4

To help produce the transformation required in the health care system and organizations, the federal government needs to foster the emergence of inter-regional and inter-provincial spaces within which a collective leadership may be exercised in favour of change. This recommendation is based on the acknowledged limitations of local change and on the need to create new political spaces to resolve crucial issues related to the funding of organizations and professional practices and to the availability of human resources.

Recommendation 5

To help produce the transformation required in the health care system and organizations, the federal government needs to invest in a monitoring system to document, follow up and share information on innovative experiments. This recommendation is based on the importance of information and knowledge in influencing agents in favour of change.

Bibliography

Aggeri, F. and A. Hatchuel. (1999). Innovation et production de la norme : les nouvelles formes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement, in *Les figures de l'institution et de la norme: entre états et sociétés civiles*. Proceedings of the ADSE conference. Paris: l'Harmattan.

Alter, Catherine, Jerald Hage. (1993). *Organizations working together*. Newbury Park, California: Sage Publications.

Alvesson, M. (2001). Knowledge work: Ambiguity, image and identity. *Human Relations*, 54(7), 863–886.

Anderson, R.A. and R.R. McDaniel. (2000). Managing health care organizations: Where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 25(1), pp. 83–92.

Béland, François, et al. (2001a). Évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), in *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*, under the direction of J.-C. Henrard et al. Paris: INSERM. pp. 237–258.

Béland, François, et al. (2001b). *Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000*. Montreal.

Berry, Michel. (1983). *Une technologie invisible? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*. Management Research Centre report, École polytechnique.

Bickerton, James. (1999). Reforming health care governance: The case of Nova Scotia. *Journal of Canadian Studies/Revue d'études canadiennes*, 34(2), pp. 159–191.

Bohman, J. (1996). *Public deliberation: pluralism, complexity, and democracy*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press (Massachusetts Institute of Technology).

Bourdieu, Pierre and L.J. Wacquant. (1992). Réponses. Pour une anthropologie réflexive. Paris: Éditions du Seuil.

Bourdieu, Pierre. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les éditions de Minuit.

Brock, David, Michael Powell and C.R. (Bob) Hinings. (1999b). The restructured professional organisation: corporates, cobwebs and cowboys, in *Restructuring the professional organization: accounting, health care and law*, under the direction of David Brook, Michael Powell and C.R. Hinings. London-New York: Routledge. pp. 215–229.

Brunsson, N. and Andersson K. Sahlin. (2000). Constructing organizations: The example of public sector reform, *Organization Studies*, 21(4), pp. 721–746.

Bryson, John M., Barbara C. Crosby. (1992). *Leadership for the common good: tackling public problems in a shared-power world*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Callon, Michel, Pierre Lascoumes and Yannick Barthe. (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris: Éditions Seuil.

Campbell, D.T. (1969). Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, pp. 409–429.

Casebeer, Ann and Kathryn Hannah. (2000). Transforming a health care system: Managing change for community gain. *Canadian Journal of Public Health*, 91(2), pp. 89–93.

Chevalier, J. (1996). *La gouvernabilité*. Paris: P.U.F.

Church, John and Paul Barker. (1998). Regionalization of health services in Canada: A critical perspective, *International Journal of Health Services*, 28(3), pp. 467–486.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Emerging solutions*, Québec.

Contandriopoulos, André-Pierre, Jean-Louis Denis, Paul Lamarche et al. (2002). Les soins et services de première ligne dans un système de santé public. Final report prepared and submitted to the Confédération des syndicats nationaux (CSN).

Contandriopoulos, André-Pierre, Jean-Louis Denis, Nassera Touati et al. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), pp. 38–52.

Contandriopoulos, Damien, Jean-Louis Denis and Ann Langley. (2001). *The definition of the public in health care reform*. Workshop in Organizational Discourse Theory and Analysis. Academy of Management Annual Meeting, Washington, DC, August.

Contandriopoulos, André-Pierre, Marc-André Fournier, Jean-Louis Denis et al. (1999). Les mesures incitatives et le paiement des ressources, in *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, under the direction of Clermont Bégin et al. Montreal: Presses de l'Université de Montréal. pp. 123–147.

Contandriopoulos, André-Pierre and Yves Souteyrand, dir. (1996). *L'hôpital stratège: dynamiques locales et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotexte.

Contandriopoulos, André-Pierre. (1994). Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1(1), pp. 8–26.

Davidson, Alan R. (1999). British Columbia's health reform: "New Directions" and accountability. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (Supplement 1), S35–S38.

Denis, Jean-Louis. (2001). Comment intégrer le changement dans le système de santé: les leçons tirées des 40 projets québécois financés par le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS). Guest speaker at the XXIIth Jean-Yves-Rivard conference: *L'innovation et le changement. Les innovations produisent-elles toujours du changement?* Montreal, November 8–9.

Denis, Jean-Louis and Ann Langley. (2001b). *Power, legitimacy and shifting archetypes in health care reform*, ASAC 2001: A Management Odyssey. 29th Annual Conference, May 26–29. London, Ontario.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe and Ann Langley. (2001b). The dynamic of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations, *Academy of Management Journal*, 44(4), pp. 809–837.

Denis, Jean-Louis and Lise Lamothe. (2001). Le rapport de la Commission Clair: rénovation ou transformation du système de santé québécois? in *Québec 2002: annuaire politique, social, économique et culturel*, under the direction of R. Côté et al. Québec: Éditions Fides.

Denis, Jean-Louis, et al. (2001). *Histoire et bilan d'une innovation institutionnelle: les Agences Régionales de l'Hospitalisation*. INSERM/MIRE/CNRS convention, July.

Denis, Jean-Louis. (2001). *Entre le central et le local – les dynamiques de régionalisation en santé. Un nouveau paradigme pour la santé publique*. 1st international conference on local and regional health programs. Amiens, France, October 23-26.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe and Ann Langley. (2001a). *Government-funded experiments as resources for renewal in health care?* All Academy Symposium: How governments matter: the unanticipated consequences of health reform. Academy of Management Annual Meeting, Washington, DC, August.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe and Ann Langley. (2000). *The emerging shape of professional organization in health care*, Symposium on Professionals as Knowledge Assets in Organizations – Reality, Time and Power. Academy of Management Annual Meeting, Toronto, August.

Denis, Jean-Louis et al. (2000). *The regionalization of the Quebec health care system – An analysis*. ASA-IFSAM Symposium 2000, Montreal, July 8–11.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley and Marc Pineault. (2000). Becoming a leader in a complex organization. *Journal of Management Studies*, 37(8), pp. 1063–1099.

Denis, Jean-Louis and Annick Valette. (2000). Changement de structure de régulation et performance du mandat. *Finance, contrôle et stratégie*, 3(2), pp. 57–79.

Denis, Jean-Louis. (1999). Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation, in *La santé demain: vers un système de soins sans murs*, under J.P. Claveranne et al. Paris: Economica, pp. 49–66.

Denis, Jean-Louis, Damien Contandriopoulos, Ann Langley et al. (1999). Théorie et pratique de la régulation des régies régionales de la santé au Québec. Report funded by HEAL*Net*.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe and Ann Langley. (1999). The struggle to implement teaching hospital mergers. *Canadian Public Administration*, 42(3), pp. 285–311.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, Ann Langley et al. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems, in *Restructuring the Professional Organizations*, under the direction of David Brock, Michael Powell, C.R. (Bob) Hinings. London: Routledge, pp. 105-130.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley and André-Pierre Contandriopoulos. (1998). *From institutional discourse to organizational action: The dynamics of legitimation*. Academy of Management Meeting, San Diego, August 1998.

Denis, Jean-Louis et al. (1998). *Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système sociosanitaire, rapport de recherche CQRS.*

Denis, Jean-Louis and Annick Valette. (1997). La régulation régionale au concret: l'expérience des DRASS. *Politiques et Management Public*, 15(4), 25 p.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley and Linda Cazale. (1996). Leadership and strategic change under ambiguity. *Organization Studies*, 17(4), pp. 673–699.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley and André-Pierre Contandriopoulos. (1995). Le rôle des instances régionales dans la transformation du système de santé au Québec – Le cas de la Régie régionale de Montréal-Centre, *Revue Française d'Administration Publique*, No. 76, pp. 599–608.

Desbiens, Francine, Christian Dagenais, Pierre Joubert et al. (2001). *De l'innovation au changement*, final report submitted to the Health Transition Fund (HTF), under the direction of Pierre Joubert jointly with members of the steering committee on evaluation. Québec: Ministère de la santé et des Services sociaux.

Drache, D., Sullivan, T. (1999). *Market limits in health reform: Public success, private failure*. New York: Routledge.

Eisenhardt, K.M. (1985). Control: Organizational and economics approaches, *Management Science*, 31(2), pp. 134–149.

Empson, L. (2001a). Introduction: Knowledge management in professional service firms. *Human Relations*, 54(7), pp. 811–817.

Empson, L. (2001b). Fear of exploitation and fear of contamination: Impediments to knowledge transfer in mergers between professional services firms. *Human Relations*, 54(7), pp. 839–862.

Evans, Robert, G., Morris L. Barer, Theodore R. Marmor (Editors). (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Aldine de Gruyter.

Ferlie, E.L. et al. (1996). The new public management in action. Oxford: Oxford University Press.

Ferlie, Evan and Louise Fitzgerald. Top-down change in U.K. health care: A political perspective. *Gestion*, forthcoming.

Finkelstein, S. and D. Hambrick. (1996). Strategic Leadership. St-Paul, West.

Forest, Pierre-Gerlier et al. (2000). *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Department of Political Sciences and the Research Group on Public Policy (GRIG), report submitted to the Conseil de la Santé et du Bien-être, 61 pages.

Giacomini, M., Hurley, J., Bathia, V. et al. (1996). The many meanings of money: A health policy analysis framework of understanding financial incentives. Centre for Health Economics and Policy Analysis. McMaster University, 36 p.

Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. Berkeley: University of California Press.

Greenwood, Royston and C.R. (Bob) Hinings. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management Review*, 21(4), pp. 1022–1054.

Hambrick, D. and P.A. Mason. (1984). Upper echelons: The organization as a reflection of its top managers, *Academy of Management Review*, 9, pp. 193–206.

Hatchuel, A. (2000). Perspective et gouvernance: quelle théorie de l'action collective? in *Perspective pour une gouvernance démocratique*, under the direction of E. Heurgon and J. Landrieu. Paris: Éditions Aube.

Hayes, M.V. and J.R. Dunn. (1998). *Population health in Canada: A systematic review*, CPRN Study No. H01. Canadian Policy Research Networks Inc.

Health Services Restructuring Commission. (2000). *A legacy*, Minister of Health, Ontario.

Hinings, C.R. (Bob) and Royston Greenwood. (1988). *The dynamics of strategic changes*. New York: Basil Blackwell.

Hood, Christopher C. (1983). *The tools of government*. London: Macmillan.

Hughes Tuohy, Caroline. (1999). Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain and Canada, *Health Affairs*, 18(3), pp. 114–134.

Kitchener, Martin. (1999). "All fur coat and no knickers:" contemporary organizational change in United Kingdom hospitals, in *Restructuring the professional organization: Accounting, health care and law*, under the direction of David Brook, Michael Powell, and C.R. (Bob) Hinings. London-New York: Routledge. pp. 183–199.

Kotter, J.P. (1995). Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, pp. 59–67.

Lamarche, Paul, et al. (2001a). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), pp. 71–92.

Lamarche, Paul, et al. (2001b). Projet d'action concertée sur les territoires (PACTE) : une gestion locale des services du réseau de la santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées. Research report QC-1123, Health Transition Fund (HTF), Health Canada.

Lamothe, Lise. (1996). La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés. Doctoral thesis. Montreal: McGill University.

Lascoumes, Pierre. (1996). Rendre gouvernable: de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique, in *La gouvernabilité*. Paris: P.U.F., pp. 325–338.

Leatt, Peggy, George Pink, Michael Guerriere. (2000). Towards a Canadian model of integrated health care. *HealthCare Papers*, 1(2), pp. 13–35.

Lemieux, V. (1997). *La décentralisation*. Québec: Les presses de l'Université Laval.

Lewis, Steven J. et al. (2001). Devolution to democratic health authorities in Saskatchewan: An interim report, *Canadian Medical Journal*, 164(3), pp. 343–347.

Lomas, Jonathan. (2001). Past concerns and future roles for regional, *Canadian Medical Association*, 164(3), p. 356.

Lomas, Jonathan, John Woods and Gerry Veenstra. (1997a). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 1. An introduction to the issues. *Canadian Medical Association*, 156(3), pp. 371–377.

Lomas, Jonathan, Gerry Veenstra and John Woods. (1997b). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 2. Backgrounds, resources and activities of board members. *Canadian Medical Association*, 156(3), pp. 513–520.

Lomas, Jonathan, Gerry Veenstra and John Woods. (1997c). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 3. Motivation, attitudes and approaches of board members. *Canadian Medical Association*, 156(5), pp. 669–676.

Lomas, Jonathan. (1997). Devolving authority for health care in Canada's provinces: 4. Emerging issues and prospects. *Canadian Medical Association*, 156(6), pp. 817–823.

Lowendahl, B.R., O. Revang and S.M. Fosstenlokken. (2001). Knowledge and value creation in professional service firms: A framework for analysis. *Human Relations*, 54(7), pp. 911–932.

Mhatre, S. and R. Deber. (1992). From equal health care access to equitable access to health: a review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services*, (22), pp. 645–668.

Meyer, Marshall W. and Lynne G. Zucker. (1989). *Permanently failing organizations*. Newbury Park-London-New Delhi: Sage Publications.

Miller, Danny, Royston Greenwood and Bob Hinings. (1999). Creative chaos versus munificient momentum. The schism between normative and academic views of organizational change. *Gestion, revue internationale de gestion*, 24(3), pp. 158–164.

Miller, D. and P.H. Friesen. (1984). *Organizations: A quantum view*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand and Joseph Lampel. (1999). Transforming the firm. *Gestion, revue internationale de gestion*, 24 (3), pp. 122–130.

Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand, Joseph Lampel. (1998). *Strategy safari: A guided tour through the wilds of strategic management*. New York: The Free Press.

Oakes, Leslie S., Barbara Townley, David J. Cooper. (1998). Business planning as pedagogy: language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, 43(2), pp. 257–292.

Perrow, Charles and Mauro F. Guillén. (1990). *The AIDS disaster: The failure of organizations in New York and the Nations*. New Haven-London: Yale University Press.

Pettigrew, Andrew, E. Ferlie and L. McKee. (1992). *Shaping strategic change: Making change in large organizations: The case of the National Health Services*. London: Sage Publications.

Powell, Michael J., David M. Brock, and C.R. (Bob) Hinings. (1999). The changing professional organization, in *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, under the direction of David Brook, Michael Powell, and C.R. Hinings. London-New York: Routledge. pp. 1–19.

Rocher, Guy. (2001). *Le « laboratoire » des réformes dans la Révolution tranquille*. Desjardins conference, given as part of McGill University's Quebec Studies Program, November 6. Montreal: McGill University.

Rondinelli, D.A. (1981). Government decentralization in comparative perspective. *International Review of Administrative Sciences* 47(2), 135.

Ruggie, Mary. (1999). The US, UK and Canada. Convergence or divergent reform practices?, in *Market limits in health reform: Public success, private failure*, under the direction of Daniel Drache and Terry Sullivan. London and New York, Routledge. pp. 127–144.

Saltman, Richard B. and O. Ferroussier-Davis. (2000). The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organizations*, 87(6), pp. 732–739.

Saltman, Richard, and J. Figueras, directors and authors. (1997). *European health care reform: Analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 72.

Saltman, Richard, J. Figueras and C. Sakellarides, dir. (1998). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

Scheirer, M.A. (1981). *Program implementation: The organizational context*. Beverly Hills: Sage Publications.

Scheirer, M.A. (1987). Program theory and implementation theory: Implications for evaluators in Bickman, L. (Editor). *Using program theory in evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 59–76.

Smith, B.C. (1979). The measurement of decentralization. *International Review of Administrative Sciences*, 45(3), p. 215.

Touati, Nassera et al. (2001). Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale : les enjeux de la mise en œuvre. *Ruptures*, 8(2), pp. 93–107.

Trottier, Louise-Hélène et al. (1999). Contrasting vision of decentralization, in *Market limits in health reform: Public success, private failure*, under the direction of D. Drache and T. Sullivan. New York: Routledge, pp. 147–165.

Turgeon, Jean. (2001). Panorama québécois: passé et prospectives. Guest speaker at the XXIIth Jean-Yves-Rivard Conference: *L'innovation et le changement. Les innovations produisent-elles toujours du changement?* Montreal, November 8–9.

Tushman, M.L. and E. Romanelli. (1985). Organizational evolution: A metamorphosis model of convergence and reorientation, in *Research in organizational behavior*, under the direction of L.L. Cummings and B.M. Staw. Greenwich, CT: JAI Press. Volume 7, pp. 171–222.

Valette, Annick, André-Pierre Contandriopoulos and Jean-Louis Denis. (2000). *Les processus de restructuration hospitalière et leur gestion*. Report, France: MIRE.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 36

Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada

par
Jean-Louis Denis
Université de Montréal

novembre 2002

N° de catalogue CP32-79/36-2002F-IN

ISBN 0-662-87890-6

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que les auteurs, chaque étude a été soumise à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS), des Instituts de recherche en santé du Canada, pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Reerciements viii

Note biographique ix

Introduction 1

I – Changement et gouvernance 2

II – L'implantation d'une gouvernance régionale et la capacité de changement 5
La régionalisation vue comme un levier de changement structurel 6
La régionalisation vue comme un outil de démocratisation 8
Gouvernance régionale et changement 9

III – L'expérimentation vue comme un mode de production du changement dans le système de soins 11
Présentation de l'expérience FASS 11
Des modes différents d'expérimentation pour produire le changement 12
La capacité d'institutionnaliser le changement 14
Les ressources pour le changement 15
La complexité des projets et le potentiel de transformation 15

IV – Le leadership vu comme une stratégie de changement 18
Leadership et changement stratégique dans les organisations de soins 18
Les enjeux du développement d'un leadership organisationnel collectif 18
Gestion du changement et leadership organisationnel 19

Conclusion 21

Bibliographie 24

Points saillants

- Malgré de nombreux projets de réforme des systèmes de soins depuis une quinzaine d'années, les besoins de changement sont tout aussi pressants.
- La production des transformations est un processus social interdépendant qui commande une cohérence des actions et décisions prises par les différents paliers de gouvernance.
- Pour intervenir en faveur du changement, il faut un renouvellement des formes et des pratiques de gouvernance.
- Notre analyse situe le besoin de changement dans les pratiques organisationnelles et professionnelles et suggère d'intégrer le changement structurel à la dynamique d'interaction et d'apprentissage des acteurs.
- Trois stratégies pour produire des transformations sont analysées : la gouvernance régionale, l'expérimentation et le leadership organisationnel.
- L'analyse de la gouvernance régionale suggère qu'elle doit renouveler son rôle et bénéficier d'un appui politique durable.
- L'analyse de l'expérimentation montre que cette stratégie permet une cooptation efficace des professionnels dans le changement et souligne l'importance de ne pas uniformiser à outrance les programmes et les modes d'organisation.
- L'analyse du leadership insiste sur l'importance du leadership collectif dans le système de soins. La constitution d'un leadership collectif efficace est un enjeu organisationnel difficile et important.
- L'analyse de ces trois stratégies de pilotage des changements renvoie à une certaine représentation des transformations. Le changement radical évolutif paraît une option viable pour le système de soins. Pour produire ce type de changement, il est proposé que le gouvernement fédéral stimule le développement du capital humain en investissant dans des programmes de formation sur la gestion du changement, encourage l'expérimentation par un programme décentralisé de capital de risque, et contribue au développement d'espaces inter-régionaux et inter-provinciaux d'expérimentation et de régulation et d'un système de vigie pour diffuser les informations et les connaissances sur les processus de gestion des transformations.

Sommaire

La plupart des pays de l'OCDE se sont engagés dans des réformes importantes de leurs systèmes de soins. Malgré ces efforts, plusieurs gouvernements sont préoccupés par la capacité du système de soins à faire face aux défis posés par l'évolution des technologies et le vieillissement de la population. L'intérêt porté au thème de l'intégration des soins et des services témoigne de cette difficulté des systèmes de soins à apporter des changements à leurs pratiques organisationnelles et professionnelles en vue d'offrir les soins et services différemment. Notre étude porte sur les facteurs et les processus qui peuvent favoriser la mise en place de changements dans le système de soins. Plus exactement, elle se penche sur les rapports entre la gouvernance et le changement dans le système de soins.

Trois stratégies de pilotage du changement sont analysées : la gouvernance régionale, l'expérimentation et le leadership. La gouvernance régionale s'appuie sur la mise en place d'une nouvelle structure pour modifier l'exercice de la régulation dans le système de soins. L'expérimentation consiste à stimuler par l'incitation et les interactions entre acteurs la production des changements. Le leadership s'apparente à un mode entrepreneurial de production du changement mettant l'accent sur la vision, la légitimité, la compétence et les habiletés de rassembleur de certains acteurs.

L'implantation d'une gouvernance régionale et la capacité de changement

La gouvernance régionale a été perçue par neuf provinces canadiennes sur dix comme un moyen approprié de faire progresser les réformes. Pour plusieurs, cette forme de gouvernance n'a pas permis de renouveler à satisfaction les modes d'organisation des soins et des services et de modifier significativement les rapports entre les citoyens et le système de soins. L'analyse empirique du point de vue des acteurs au sein de ces structures montre cependant un investissement important de ces derniers dans les projets de réforme et une volonté de participer à la gouvernance régionale. Ces acteurs sont amenés à bien répondre aux attentes d'un gouvernement central.

L'analyse de la gouvernance régionale suggère qu'il s'agit d'un système d'action complexe fondé sur le contrôle managérial, la négociation politique et la participation démocratique. L'action régionale dans les processus de réforme est tributaire de la position adoptée par le gouvernement central. La gouvernance régionale s'est butée à deux grandes limites dans sa capacité de produire des transformations: sa dépendance face aux mandats et à la volonté du gouvernement central et sa difficulté à agir sur les pratiques dans le domaine inter-organisationnel. Pour dynamiser la gouvernance régionale en faveur du changement, il est proposé de renouveler son rôle en faveur du changement émergent, de recourir à un ensemble de leviers du changement, d'assurer un appui durable du gouvernement central et d'une participation publique suffisante pour légitimer le changement.

L'expérimentation vue comme une stratégie de changement

L'expérimentation est une stratégie fréquemment employée pour stimuler le changement. Le programme du Fond d'adaptation des services de santé a financé un nombre important de projets pilotes, dont une quarantaine au Québec. L'analyse transversale de ces projets révèle deux types clés d'expérimentation : l'expérimentation d'un prototype et l'expérimentation dite convergente ou le bricolage. Le prototype fait face à deux grands défis : mettre en œuvre un modèle novateur de façon intégrale et développer les conditions systémiques pour en assurer la pérennité et éventuellement sa généralisation. Le bricolage se bute principalement aux limites du changement local et à sa dépendance envers les changements systémiques. L'analyse de projets pilotes met en lumière l'importance de soutenir le changement émergent et d'assurer les ressources et l'incitation propices à un engagement durable des acteurs dans l'adaptation de l'offre de soins. Les projets moins complexes sont susceptibles de produire les changements attendus sans toutefois conduire à des transformations importantes.

Il est proposé de stimuler le changement local et émergent par des programmes de capital de risque, de coopter les professionnels dans la gestion du changement et de développer une gouvernance régionale et centrale apte à stimuler, suivre et pérenniser les innovations prometteuses.

Le leadership vu comme une stratégie de changement

Les organisations professionnelles sont caractérisées par une fragmentation de l'influence et de l'autorité. Se pose alors la question des moyens requis pour piloter le changement. Plusieurs études empiriques sur les organisations de soins montrent l'importance d'implanter un leadership collectif efficace en faveur du changement. Un leadership collectif efficace a des caractéristiques spécifiques lui permettant de mobiliser l'ensemble des expertises et des sources de légitimité administratives et cliniques requises pour relever les défis du changement. L'établissement d'un leadership collectif est aux prises avec trois pièges : la rivalité des leaders, le détachement du projet de changement valorisé par les leaders de la base de l'organisation et, enfin, l'écart entre le projet de changement et les exigences de l'environnement. Plusieurs facteurs organisationnels ou systémiques contribuent à accroître ou à réduire l'importance de ces différents pièges. Ces observations amènent à suggérer une série de propositions sur le développement du leadership collectif.

Conclusion

Notre analyse montre que la réalisation des transformations dans le système de soins est un jeu complexe où doivent s'emboîter de façon cohérente des décisions et des actions prises aux différents niveaux d'exercice de la gouvernance. Pour modifier les pratiques organisationnelles et professionnelles, il importe de stimuler le changement local et émergent et d'accepter des variations dans le système de soins. Le changement structurel peut être utile mais il doit s'inscrire dans une lecture beaucoup plus dynamique du changement. Un scénario réaliste de transformation pour le système de soins miserait sur le changement radical et évolutif. Cette hypothèse accorde un rôle au gouvernement fédéral dans les transformations touchant à

l'agencement des différents niveaux de gouvernance, au financement d'un programme décentralisé de type capital de risque pour inciter au changement émergent, et au développement des capacités de gestion du changement et d'un système de vigie pour diffuser et partager l'information sur les transformations du système de soins.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement les personnes suivantes pour leurs précieux commentaires sur ce rapport :

- François Champagne, Ph.D., professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D., professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Paul Lamarche, Ph.D., professeur titulaire, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Lise Lamothe, Ph.D., professeure agrégée, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Ann Langley, Ph.D., professeure titulaire, École des Hautes Études Commerciales.
- Pascale Lehoux, Ph.D., professeure agrégée, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Raynald Pineault, Ph.D., professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.
- Danièle Roberge, Ph.D., chercheuse, Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal.

Note biographique

Jean-Louis Denis est professeur titulaire au Département d'administration de la santé, détenteur d'une chaire FCRSS/IRSC sur la transformation et la gouverne des organisations de santé et chercheur régulier au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS). Docteur en organisation des soins de santé de l'Université de Montréal, il œuvre depuis près de quinze ans à titre de formateur auprès des gestionnaires de la santé et de chercheur sur la transformation des organisations et des systèmes de santé. Auteur de publications scientifiques sur le changement stratégique, le leadership et la régulation des organisations de santé, il poursuit actuellement des recherches sur la régionalisation et l'intégration des soins de santé, la restructuration des hôpitaux universitaires et le rôle de l'évidence scientifique dans l'adoption des innovations cliniques et managériales.

Introduction

La pression pour des transformations importantes de l'offre de soins est présente dans tous les systèmes de soins des pays de l'OCDE et donne lieu à de nombreux projets de réforme (Saltman et Figueras, 1998; Contandriopoulos et Souteyrand, 1996; Contandriopoulos, 1994). Même s'il existe un large consensus autour de l'idée que les transformations de l'offre de soins sont incontournables, il faut reconnaître que nous connaissons peu les processus qui permettent de réaliser ces transformations. Nous connaissons peu aussi la nature des changements qui sont véritablement réalisés. De plus, nous constatons que plusieurs changements, dont la modification du mode de rémunération des médecins et l'intensification de la coordination des soins et services et de la collaboration inter-professionnelle, ne se sont pas implantés à satisfaction. En même temps, les idées sur la nécessité et la pertinence de certains changements circulent abondamment et sont de plus en plus admises. Notre analyse va donc viser à mieux comprendre les conditions permettant d'implanter les changements et les transformations souhaités.

La question posée par la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada est importante puisqu'elle renvoie directement à notre capacité d'agir sur l'évolution et l'organisation du système de soins. Plus précisément, elle permet de s'interroger sur les facteurs propices à la production, à la diffusion et à l'institutionnalisation du changement dans ce système. Cette question plus générale est complétée par trois interrogations spécifiques portant sur l'adéquation des moyens de surveillance des soins et services, la capacité du système de gérer l'intégration des soins et services, et le développement des capacités de changement. L'attention portée aux questions spécifiques se fera tout au long du texte et sera plus ou moins importante selon les sections.

Dans cette étude, nous nous intéressons principalement aux dynamiques organisationnelles et inter-organisationnelles qui peuvent être plus ou moins favorables au changement. Pour ce faire, nous définissons tout d'abord la problématique du changement dans les organisations et le système de soins et nous proposons une conception de la gouvernance de façon à mieux comprendre les liens entre le pilotage des politiques et des organisations et les capacités de changement. Nous abordons ensuite trois cas qui semblent révélateurs des rapports entre gouvernance et changement. Le premier cas traite d'un changement structurel important dans un système de soins qui consiste à mettre en place une gouvernance régionale. Le deuxième cas porte sur l'expérimentation en tant que stratégie de production du changement et prend pour exemple le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS). Le troisième cas concerne un mode entrepreneurial de production du changement en s'intéressant au leadership organisationnel. Ces trois stratégies de changement ouvrent des débats sur la pertinence des formes de gouvernance, la dynamisation du changement et le rôle de la gestion dans la production du changement.

I – Changement et gouvernance

Pour les fins de cette étude, le changement est défini comme une modification d'un système de valeurs, des perceptions qu'ont les acteurs d'une situation, ainsi que des structures et des pratiques dans un champ organisationnel donné. La gouvernance se rapporte aux systèmes et aux pratiques qui permettent aux acteurs de développer une représentation plausible de leur devenir, de concevoir et implanter des stratégies efficaces de changement et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité (Hatchuel, 2000; Aggeri et Hatchuel, 1999; Callon, Lascoumes, Barthe, 2001; Chevalier, 1996; Lascoumes, 1996). Saltman et Ferroussier-Davis (2000) suggèrent que la légitimité de la gouvernance sera d'autant plus grande qu'elle s'appuie sur une valorisation forte de la responsabilité collective.

Le thème du changement organisationnel a fait l'objet de nombreux travaux (Brock, Powell et Hinings, 1999a,b; Powell, Brock et Hinings, 1999; Hinings et Greenwood, 1988; Greenwood et Hinings, 1996; Pettigrew, Ferlie, McKee, 1992; Kitchner, 1999). La question du changement est étroitement liée à celle de l'incertitude dans les pratiques administratives et cliniques et les comportements des acteurs. C'est entre autres parce que les rapports entre mandants et mandataires sont multiples et complexes (Eisendhardt, 1985) et qu'il n'est pas simple de formuler des mandats appropriés pour les organisations et les professionnels (Denis et Valette, 2000) que la problématique du changement est un dilemme central des réformes. De plus, il faut noter que le changement n'est pas un processus déconnecté du contexte social et organisationnel dans lequel il prend forme. L'évaluation des politiques et des programmes en santé nous a fourni plusieurs exemples de l'impact des contextes organisationnels sur le devenir et l'efficacité des interventions (Scheirer, 1981, 1987; Giacomini et coll., 1996). Plusieurs travaux en sociologie (Perrow et Guilléen, 1990; Meyer et Zucker, 1989) s'appuient sur le concept « d'échec organisationnel » (*organizational failure*) pour rendre compte des difficultés qu'ont plusieurs organisations à s'adapter à leur environnement. Le thème du changement se rapporte donc à notre capacité collective de mettre en œuvre de nouvelles politiques et programmes nécessaires au développement durable du système de soins.

Le concept de changement est en soit très peu précis. Reprenant les travaux de Miller et Friesen (1984) et de Tushman et Romanelli (1985), Greenwood et Hinings (1996) proposent une distinction entre le changement radical et convergent et le changement évolutif et révolutionnaire. Ces distinctions sont importantes pour notre étude. Le changement radical correspond à une modification de la trajectoire des organisations et du système de soins. Il ébranle à la fois les structures organisationnelles et les représentations qu'ont les acteurs de leurs rôles, pratiques et domaines d'activité. Le changement convergent consiste en ajustements au sein même des structures et des représentations courantes. Il s'apparente plus à une dynamique de reproduction sociale (Bourdieu, 1980; 1992; Giddens, 1984). Cette distinction amène à poser une interrogation de fonds pour l'avenir des soins de santé : Doit-on opérer des changements radicaux ou plutôt miser sur des changements convergents pour assurer le développement durable du système? La distinction entre le changement évolutif et le changement révolutionnaire renvoie au rythme de réalisation des changements. Doit-on agir brusquement ou introduire progressivement le changement pour assurer le développement durable du système de soins? Pour inciter au changement, des stratégies autoritaires ou coercitives (*top-down*) ou participatives peuvent être utilisées. L'analyse des trois cas rend compte de processus de

changement qui varient quant à la nature du changement, sa rapidité et son caractère plus ou moins hiérarchique ou autoritaire (Minzberg, Ahlstrand et Lampel, 1999). Nous ferons donc valoir qu'un projet réaliste de changement pour les organisations et le système de soins est de miser sur des changements radicaux réalisés de façon évolutive en s'appuyant sur des dynamiques émergentes fortes. Tout simplement, nous partons du constat que les efforts nombreux et récurrents consentis pour réformer les systèmes de soins dans les différents pays de l'OCDE (Saltman et Figueras, 1997; Drache et Sullivan, 1999) témoignent d'une insatisfaction à l'égard des changements qui ont été véritablement réalisés. Les projets de réforme de nature bureaucratique ou politique qui visent à implanter rapidement des changements dans l'ensemble du système de soins engendrent des bouleversements importants sans nécessairement modifier en profondeur les pratiques et les façons de faire (Ferlie et Fitzgerald, à paraître). Il semble donc important d'envisager des modes alternatifs de production du changement qui misent plus sur l'incitation et l'apprentissage.

Plusieurs travaux dans le domaine des sciences politiques ont cherché à définir les conditions structurantes qui ont présidé à l'évolution des systèmes nationaux de santé (Tuohy, 1999; Ruggie, 1999). Ils décrivent bien la nature évolutive et convergente des changements sur de longues périodes et fournissent de précieuses indications sur les fondements des modes d'organisation actuels. Notre approche s'inscrit dans un horizon temporel plus rapproché et vise à définir des ressources et des processus pour opérer des changements de façon délibérée afin de contenir les problèmes de fonctionnement et de légitimité du système de soins. Notre étude s'intéresse donc aux efforts qui ont été consentis pour transformer le système de soins au Canada. Ces réformes ont fait face à un double impératif : celui de renouveler ou d'adapter l'offre de soins tout en veillant à une plus grande maîtrise des coûts. Cette tension entre ces deux objectifs est constante et aucune solution simpliste ne permettra de résoudre ce dilemme facilement. Notre avons aussi choisi dans cette étude de ne pas faire une analyse explicite de changements dans le système de soins qui pourraient provenir d'une remise en cause de la logique même du système. La prise en compte d'un discours sur les déterminants de la santé ou sur la santé des populations pourrait amener à des changements profonds dans notre conception des soins de santé et, conséquemment, dans notre représentation du rôle et du fonctionnement du système de soins (Hayes et Dunn, 1998; Evans, Barer et Marmor, 1994).

Pour répondre aux besoins de régulation des organisations et du système de soins, la gouvernance se rapporte au design organisationnel du système de soins et au partage des responsabilités et des capacités d'influence parmi les différentes entités qui le composent, aux systèmes et mécanismes de production et de diffusion de l'information et aux modalités de financement des organisations et des professionnels (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Pour que la gouvernance s'exerce de façon efficace, elle doit aussi porter sur la cohérence des décisions et des actions prises au niveau clinique, à celui des organisations et à celui des politiques régissant l'ensemble du système de soins. La manière dont les systèmes de soins vont structurer la gouvernance est un enjeu social et politique en soi. Pour certains, la gouvernance est avant tout une affaire de démocratisation des appareils administratifs et politiques (Bickerton, 1999; Bohman, 1996). Elle est un instrument pour agir sur la répartition de l'influence dans un système donné et pour produire un changement radical. La gouvernance pose aussi clairement un problème de gestion de l'incertitude. L'exercice de la gouvernance suppose l'entrée en jeu de nouveaux rapports entre acteurs pour réfléchir à ce qu'il convient de faire et

assurer la viabilité et la légitimité du système (Callon, Lascoumes, Barthe, 2001). À cet égard, la gouverne démocratique comporte en soi une dimension d'apprentissage puisqu'elle permet de générer de nouvelles options politiques, pour un système social donné, dont on ne peut présumer qu'un acteur aurait toutes les ressources et l'expertise requises pour concevoir et implanter des solutions aux problèmes collectifs (Hatchuel, 2000; Lascoumes, 1996; Alter et Hage, 1993; Bryson et Crosby, 1992). Ces considérations situent le rôle de la gouvernance en tant que stratégie permettant d'induire des changements sur le plan fonctionnel d'un système de soins et d'agir sur la compréhension qu'ont les acteurs sociaux des conditions de légitimité de ce système (Bickerton, 1999; Hatchuel, 2000; Callon, Lascoumes, Barthe, 2001). Pour renouveler la gouvernance, c'est-à-dire la capacité des organisations et des systèmes de soins de penser, d'induire et de piloter le changement, plusieurs stratégies ou leviers peuvent être utilisés : l'incitation, l'influence, la réglementation, l'autorité formelle, incluant les changements d'ordre structurel, et l'engagement moral (Valette, Contandriopoulos, Denis, 2000; Contandriopoulos, Fournier, Denis, Alweiler, 1999; Hood, 1983; Ferlie et coll., 1996). Notre analyse porte sur trois stratégies variables de dynamisation de la gouvernance : i) la gouvernance régionale, qui consiste en une modification du cadre structurel du système de soins pour déployer en partie les processus et mécanismes de régulation dans un nouvel espace; ii) l'expérimentation, qui s'appuie principalement sur l'incitation et l'engagement; iii) le leadership, qui mise sur l'influence, la vision et l'autorité formelle pour produire le changement.

II – L'implantation d'une gouvernance régionale et la capacité de changement

Les politiques de régionalisation visent à installer, en créant de nouvelles organisations, des capacités stratégiques accrues au niveau intermédiaire du système de santé (Denis et Valette, 1997). L'instauration d'une gouvernance régionale s'apparente à la fois à un mouvement de centralisation et de décentralisation (Lemieux, 1999). Le gouvernement central délaisse au profit de la région certains pouvoirs de décision et d'action. Les collectivités locales ou les établissements de santé vont délaisser au profit de l'instance régionale une partie de leurs pouvoirs de décision et d'action. Pour plusieurs, la régionalisation devrait permettre d'accomplir de façon plus adéquate différentes fonctions, dont celles de la répartition des ressources et de la planification des services, et de faciliter la participation des citoyens à la régie (Smith, 1979; Rondinelli, 1981).

Au Canada, la régionalisation représente une expérience majeure en matière de politique de santé. Neuf des dix provinces canadiennes ont adopté une politique de régionalisation et ont donc misé sur le potentiel de ce changement structurel pour opérer des réformes (Bickerton, 1999; Church et Barker, 1998; Mhatre et Deber, 1992). Les différents travaux sur cette politique s'appuient sur des conceptions radicalement différentes du bien-fondé de la régionalisation. Pour certains (Church et Barker, 1998), la régionalisation n'a pas fait ses preuves en matière de coordination et d'intégration des soins et des services. Ici, la régionalisation est considérée comme un instrument rationnel pour atteindre des objectifs d'efficience et d'efficacité dans la prestation des services. Pour d'autres (Bickerton, 1999; Mahtre et Deber, 1992), la régionalisation n'a pas été à la hauteur des attentes à l'égard d'une démocratisation accrue des appareils administratifs et des systèmes de prestation des services. Pour ces derniers, la régionalisation est un instrument de renouvellement de l'État en évitant ainsi de troquer un État traditionnel de type bureaucratique pour un État compétitif susceptible de délaisser ses responsabilités en matière de politiques sociales (Bickerton, 1999; Trottier et coll., 1999). Ces analyses ont porté un jugement d'ensemble sur les politiques de régionalisation en montrant que ces dernières ont poursuivi un ensemble d'objectifs difficiles à concilier et que les différentes provinces canadiennes ont adopté des arrangements organisationnels variables pour implanter la régionalisation (Denis et coll., 1998). Ces analyses plus macroscopiques suggèrent que la régionalisation a été un levier imparfait de changement, mais qu'elle aurait tout de même permis d'amorcer des réformes et de donner des moyens d'action complémentaires à des gouvernements centraux.

D'autres travaux (Lomas, Veenstra et Woods, 1997a,b,c; Lomas, 1997; Lewis et coll., 2001) ont fait état des attitudes, des motivations et des perceptions des membres des conseils d'administration des autorités régionales. Ces travaux donnent un portrait de la régionalisation dans certaines provinces canadiennes selon les points de vue d'acteurs ayant participé aux structures régionales. Ils montrent que les participants aux conseils d'administration prennent au sérieux leur mandat en y consacrant un temps important, qu'ils appartiennent à la classe moyenne et qu'ils ont une expérience antérieure des conseils d'administration. Les membres des conseils reconnaissent qu'ils défendent des intérêts particuliers en termes de secteurs géographiques ou de groupes particuliers. Ils se sentent moins outillés sur le plan technique de

l'analyse des besoins et de la planification, mais bien au fait des processus et règles de délibération. Ils perçoivent avoir plus d'information sur les coûts et l'utilisation des services que sur les bienfaits des services, les préférences des citoyens et les opinions d'informateurs clés au sein de la collectivité. Ces résultats suggèrent que les conseils d'administration régionaux sont plus sujets à répondre aux préférences du gouvernement central qu'aux préférences locales. Même s'ils reconnaissent ne pas avoir tous les renseignements qu'ils estiment utiles à la prise de décision, ils croient dans l'ensemble qu'ils réussissent tout de même à prendre les bonnes décisions et appuient les projets de réforme. Ces travaux montrent aussi qu'il n'y a pas consensus sur le rôle du gouvernement central en termes d'appui ou d'obstacles aux réformes locales. Une majorité de répondants considèrent qu'ils sont tenus responsables d'éléments dont ils n'ont pas entièrement le contrôle et qu'ils sont trop contraints par les règles du gouvernement central.

Dans l'ensemble, ces travaux empiriques sur le point de vue des acteurs de la gouvernance régionale suggèrent que les politiques de régionalisation ont produit certains changements. Ils ont permis à des acteurs régionaux d'investir les conseils d'administration, de s'engager dans les projets de réforme et de gérer activement une politique de soins plus qu'une politique de santé.

La régionalisation vue comme un levier de changement structurel

À partir d'études empiriques menées dans différentes régions du Québec et de la France (Denis, Langley, Contandriopoulos, 1995; Denis et coll., 1998; Denis, Langley, Contandriopoulos, 1998; Denis, Contandriopoulos, Langley, Valette, Rodriguez, 1999; Denis et Valette, 1997, 2000; Denis et coll., 2001), nous avons analysé le rôle des instances régionales dans la restructuration de l'offre de soins. Ces travaux révèlent certaines dynamiques qui lient la gouvernance régionale et le changement au niveau du rôle des idéologies réformistes et des changements structurels dans les réformes.

Au Québec, la régionalisation a trouvé en partie sa légitimité par l'évocation d'une idéologie réformiste (Rocher, 2001) spécifique, soit celle de la « santé des populations ». Ce courant a marqué aussi fortement les discours réformistes dans plusieurs provinces canadiennes (Hayes et Dunn, 1998; Mhatre et Deber, 1992; Davidson, 1999; Casebeer et Hannah, 2000). Un tel discours, s'il se traduit en politiques opérationnelles, peut représenter des changements considérables pour les organisations et le système de soins. Il peut conduire à modifier substantiellement la répartition des ressources dans une région, d'où la distinction habituelle entre les secteurs curatifs et préventifs de l'offre de services, ou à miser sur des politiques et des programmes inter-sectoriels portant, par exemple, sur l'accès au revenu, au logement ou à l'éducation. Dans cette perspective, l'instance régionale est porteuse de changements en misant sur une politique de soins plus solide axée sur l'efficience et l'efficacité des soins et en assumant un rôle revendicateur plus affirmatif auprès d'autres instances pour des actions productrices de santé (Evans, Barer, Marmor, 1994). À première vue, les instances régionales au Québec ont engagé une action vigoureuse pour restructurer l'offre de soins et, par l'intermédiaire de leurs directions de la santé publique, elles ont joué un rôle de revendication.

Concrètement, le renforcement d'une régie régionale au Québec au cours des années 90 a principalement donné lieu à un contrôle serré des ressources affectées aux soins et à certaines réaffectations dans les domaines des services sociaux et de la prévention et dans des programmes de soins à l'extérieur de l'hôpital. Dit autrement, la régionalisation jumelée à une forte politique de contrôle des dépenses du gouvernement central a contraint le développement de l'offre de soins en milieu hospitalier. Pour illustrer, la région de Montréal a connu entre 1995-1998 une diminution de 16% des budgets alloués aux hôpitaux et une réduction de plus de 25% du nombre de lits d'hôpitaux (Observatoire sur la transformation des organisations de santé : (www.santemontreal.qc.ca). La décennie 90 est marquée aussi par une série de fusions et de regroupements d'établissements qui modifient sensiblement l'autonomie de ces organisations et le paysage structurel du système de soins. Il n'y a pas lieu ici de tracer l'ensemble de ces changements. Ces changements structurels visaient notamment à favoriser le développement des pratiques ambulatoires, dont la chirurgie d'un jour, et à freiner le déséquilibre entre l'offre de soins hospitaliers et les soins dans la collectivité. Certains de ces changements correspondent à des tendances dans les systèmes de soins des pays industrialisés, tout en démontrant la capacité des instances régionales d'induire des changements structurels et de stimuler ainsi une évolution des pratiques à l'hôpital (Denis, Langley, Contandriopoulos, 1995).

Dans l'ensemble, malgré une idéologie réformiste au Québec centrée sur la « santé des populations », les instances régionales ont été un instrument privilégié de changement structurel en période de fortes contraintes sur le plan des ressources (Lomas, 2001). Elles ont probablement contribué à accélérer certaines tendances de l'offre de soins hospitaliers comme l'expansion des soins et des services ambulatoires. Elles ont aussi, en dehors des grandes régions urbaines, favorisé un cadrage territorial de l'organisation des soins à plus petite échelle en fusionnant les établissements de santé sur de petits territoires. De tels changements permettent de formuler deux constats sur la capacité de la gouvernance régionale à produire des changements.

Premièrement, les régies régionales ont agi fortement pour restructurer l'offre de soins sans nécessairement pouvoir favoriser ou accomplir des changements sur le plan des pratiques de collaboration et de coordination des soins et des services entre établissements (Leatt, Pink, Guerriere, 2000; Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999). Pour que la gouvernance régionale puisse s'exercer efficacement, il importe que les différents leviers d'action, dont le paiement des ressources médicales et le financement de leurs pratiques, soient placés sous l'autorité régionale (Contandriopoulos, Denis, Lamarche et Touati, 2002; Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Certaines provinces ont choisi d'intégrer les établissements de santé à l'autorité régionale et donc d'abolir les conseils d'administration autonomes de ces établissements. À notre connaissance, il y a peu ou pas d'études examinant systématiquement le potentiel de cette mesure d'intégration et permettant de comparer ses avantages et ses limites à un modèle de régionalisation où les établissements conservent leur autonomie. D'un point de vue logique, il semble qu'une telle intégration pourrait favoriser la coordination des soins et des services tout en portant atteinte à l'identité des organisations et à la motivation des équipes dirigeantes et professionnelles (Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999).

Deuxièmement, sans aller jusqu'à installer une gouvernance régionale, l'Ontario a aussi été en mesure d'intervenir fortement auprès des structures de soins (voir le rapport de la CRSSO de mars 2000). Il y a donc plusieurs options en matière de gouvernance pour opérer des

changements d'ordre structurel. Retenons tout de même, pour le cas du Québec tout au moins, que de tels mouvements à l'égard des établissements de soins avaient été impossibles jusqu'alors. Les limites des restructurations visant à adapter l'offre de soins suggèrent qu'il peut y avoir des changements importants sans nécessairement qu'ils y aient transformation des rapports entre les organisations et les groupes de professionnels en vue de mieux coordonner les soins et les services.

La régionalisation vue comme un outil de démocratisation

Nous avons mentionné d'entrée de jeu que, pour plusieurs, la question de la gouvernance est essentiellement un problème de participation des citoyens à la conduite des affaires publiques. Selon cette conception, le changement souhaité est celui qui permet d'accroître cette participation des citoyens à la gouvernance. Dans une étude antérieure, nous avons abordé la question du rôle de la consultation publique dans la prise de décisions difficiles comme celle de fermer des hôpitaux publics (Denis, Langley, Contandriopoulos, 1995, 1998). Cette étude axée sur un processus décisionnel dans une grande région métropolitaine a permis de conclure que l'instance régionale mobilisait la consultation publique dans un cadre technocratique rigoureux. Le processus de consultation était bien planifié, il avait un rôle d'information (Forest et coll., 2000) mais aussi de persuasion, tout en exposant l'instance régionale aux revendications de différents publics. Le jeu de la décision devant public était un moyen de démontrer le bien-fondé de la politique préconisée par l'instance régionale et, aussi, de limiter les pressions que pouvaient exercer directement différents groupes sur les processus décisionnels. Nous avons observé aussi à ce moment qu'un ingrédient crucial de la capacité d'une instance régionale à faire face à la pression externe était la solidarité inébranlable de son équipe de direction et de son conseil d'administration. Coexistaient donc dans ce cas une technologie sociale associée à une gouvernance démocratique, soit la consultation publique, et un appareil technocratique et administratif compétent et cohésif.

Une telle observation avait conduit à soutenir que la gouvernance régionale est concrètement un mode d'action hybride qui cherche à conjuguer les atouts de la participation démocratique, du contrôle managérial et de la négociation politique avec les groupes influents pour agir sur l'offre de soins de façon légitime (Denis, 1999; Denis, Contandriopoulos, Langley, Valette, 1999; Denis et Valette, 1997). Lorsque l'instance régionale n'a pas de pouvoir de taxation, sa capacité de gouvernance est étroitement balisée par les orientations et les volontés du gouvernement central. L'instance régionale a besoin aussi, à un moment ou l'autre, de la collaboration des établissements pour opérer des changements tout en réduisant au minimum l'impact négatif de certaines contraintes sur la disponibilité et l'accessibilité des soins et services. C'est là qu'entre en ligne de compte la négociation politique avec les établissements implantés sur son territoire. La participation publique pourrait servir entre autres à enraciner l'autorité régionale dans une culture politique locale de manière à asseoir sa légitimité et peut-être à réduire sa dépendance à l'égard du gouvernement central. Une telle proposition est conforme aux analyses de Bickerton (1999), qui voit dans la régionalisation une façon de renouveler l'État et qui renvoie à une conception réaliste de la participation publique aux systèmes de soins (Contandriopoulos, Denis, Langley, 2001).

Gouvernance régionale et changement

La gouvernance régionale favorise-t-elle ou permet-elle des changements significatifs dans les rapports des citoyens avec l'État et ses appareils administratifs et dans l'offre de soins?

Le potentiel de la gouvernance régionale ne peut s'apprécier sans porter attention aux initiatives et aux moyens d'action d'un gouvernement central. Dans le cas du Québec, certaines décisions prises par le gouvernement central, comme les mises à la retraite anticipées de professionnels de la santé (notamment les infirmières), ont porté atteinte à la marge de manœuvre des instances régionales pour opérer des transformations. Les tensions provoquées par ces décisions dans le fonctionnement des organisations et l'insatisfaction que cela peut entraîner parmi les patients quant à la disponibilité et à l'accessibilité des services ont porté un sérieux coup à la légitimité des réformes. En fait, un problème de fond touchant la gouvernance et le changement est celui du maintien de la légitimité des projets régionaux de réorganisation lorsque les décisions des paliers politiques ou administratifs supérieurs menacent la cohérence et les ressources affectées à ces projets. L'évolution de la régionalisation au Québec montre aussi assez clairement que l'action régionale en santé est devenue plus fragile et moins légitime aux yeux du gouvernement central (Turgeon, CJYR, 2001). Cette tendance s'observe aussi dans d'autres provinces (Lomas, 2001). L'exemple du Québec montre qu'un problème fondamental dans la gestion du changement est celui d'assurer les conditions politiques permettant de renouveler de façon durable la gouvernance. Encore là, il n'y a pas, selon nous, de solutions simples pour assurer un appui politique suffisant aux politiques de régionalisation et de décentralisation.

Dans l'ensemble, les liens entre gouvernance régionale et changements peuvent s'exprimer comme suit. L'installation de moyens stratégiques au niveau régional a permis au système de soins de traverser des périodes difficiles et d'opérer des restructurations importantes. Les organisations de soins et les professionnels ont été fortement ébranlés dans ces processus de changement rapides et peu évolutifs. Ces changements structurels sont probablement convergents au sens où ils peuvent menacer sérieusement les équilibres existants mais sans réaménager substantiellement l'offre de soins, entre autres en matière de coordination des soins et des services. L'approche adoptée pour opérer ces changements a été, dans plusieurs cas, autoritaire ou hiérarchique puisque les instances régionales devaient relayer rapidement des contraintes fortes aux organisations de soins. La gouvernance régionale s'est construite selon le cas avec ou sans la présence d'établissements autonomes et s'est exercée dans un contexte de maintien d'une grande indépendance de la profession médicale.

Cette analyse des liens entre gouvernance régionale et changement nous amène à formuler des recommandations qui traduisent une vision particulière du changement organisationnel. Après une phase importante de changement structurel, la gouvernance régionale doit évoluer vers un rôle de soutien et de catalyseur de dynamiques porteuses de changements au niveau des pratiques, de coopération accrue entre acteurs et organisations et, en conséquence, d'une meilleure intégration des soins et des services. Pour que surviennent de tels changements, la gouvernance régionale doit bénéficier d'une légitimité robuste et durable dans le système de soins et aborder le changement structurel comme une étape subséquente à l'adoption et à la compréhension par les acteurs d'une idéologie favorable à l'intégration des soins et des services.

Proposition 1 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit cibler les pratiques professionnelles et organisationnelles.

Proposition 2 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit, en plus de ses responsabilités en matière de contrôle, jouer un rôle de soutien et de catalyseur auprès des organisations établies sur son territoire.

Proposition 3 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit miser sur une combinaison de stratégies visant à dynamiser et à canaliser le changement, dont l'incitation, la formation, la négociation politique et les modifications structurelles.

Proposition 4 : Pour produire des transformations, les projets de la gouvernance régionale doivent bénéficier d'un appui suffisant et cohérent de la part du gouvernement central.

Proposition 5 : Pour produire des transformations, la gouvernance régionale doit obtenir un contrôle sur les différents leviers lui permettant de stimuler l'intégration des soins et des services dans la collectivité. Par leviers, on entend notamment ici la rémunération des ressources médicales, une collaboration plus étroite avec les milieux de soins sur-spécialisés et des modalités de financement favorables à une collaboration des établissements.

Proposition 6 : Pour accroître sa capacité de produire des changements, la gouvernance régionale doit stimuler la participation locale et publique afin que les projets de changement puissent arriver à maturité et se pérenniser au besoin sans que ne s'épuisent les ressources humaines des organisations et du système de soins.

III – L'expérimentation vue comme un mode de production du changement dans le système de soins

Cette section porte sur un mode particulier de production du changement soit l'expérimentation au moyen d'un financement de projets pilotes dans le système de soins. L'expérimentation est considérée depuis longtemps comme un mode privilégié d'apprentissage dans les systèmes sociaux complexes (Campbell, 1969). Pour discuter des liens entre expérimentation et changement, j'utiliserai principalement les résultats d'une analyse transversale des projets FASS réalisée au Québec (n = 40 projets; Desbiens, Dagenais, Joubert et coll., 2001; Denis, 2001; Denis, Lamothe et Langley, 2000, 2001a) et les résultats d'études portant sur des projets spécifiques (Touati et coll., 2001; Béland et coll., 2001a,b; Lamarche et coll., 2001a,b). Il ne s'agit pas ici de rendre compte de façon exhaustive de l'expérience FASS, mais bien de faire certaines observations sur les liens entre expérimentation et production du changement dans les systèmes de soins. Nous nous intéressons ici à une situation très différente de celle analysée précédemment puisqu'il s'agit non pas de projets de création de nouvelles structures et formes de gouvernance, mais bien de projets qui aspirent à produire un changement local en maintenant relativement constantes les frontières et les règles du jeu actuelles du système de soins. L'analyse du programme FASS permet donc d'apprécier le potentiel de changements convergents et évolutifs pour apporter des transformations à l'offre de soins. Ces changements peuvent par effet d'entraînement produire des changements plus profonds à long terme dans l'organisation et le fonctionnement du système de soins. Toutefois, comme nous le verrons, les initiatives locales ont besoin bien souvent de transformations à d'autres niveaux pour favoriser des changements durables et profonds. L'intérêt de ces projets se trouve entre autres dans la mise à contribution fréquente des professionnels ou des prestateurs de soins dans des dynamiques de changement plus voilées en comparaison des grandes réformes pilotées par l'appareil politique, les gouvernements centraux et les bureaucraties publiques (Ferlie et Fitzgerald, à paraître; Brunsson, Andersson, Sahlin, 2000).

Dans cette section, nous présentons tout d'abord brièvement le contexte et la diversité des projets FASS au Québec. Nous examinons ensuite le potentiel de transformation des pratiques et des organisations associé à ces projets. Enfin, nous nous penchons sur les ressources et les dynamiques propices à produire le changement dans le système de soins et sur le rôle de l'expérimentation dans ces processus.

Présentation de l'expérience FASS

Les projets FASS se sont déroulés dans un contexte politique et économique particulier. Ils représentent une approche privilégiée du gouvernement fédéral canadien depuis quelques années qui consiste à financer des programmes ciblés dans un contexte où sa participation au financement du système de soins a diminué. De plus, les systèmes de soins des provinces et les organisations recevant ces fonds pour l'expérimentation étaient relativement essoufflés au moment du démarrage du programme FASS en 1997. Le défi est donc de taille sur le plan du changement. Deux grandes interrogations sont à la base du programme FASS : i) Comment faire pour que les ressources consacrées à des projets novateurs ne soient pas reprises dans les rouages habituels du système et surtout ne viennent pas combler les vides laissés par les périodes

d'austérité budgétaire? ii) Comment faire pour que les ressource humaines soumises à une pression très grande sur le plan de la production des soins et des services s'engagent dans des approches novatrices? Enfin, des démarches d'évaluation ont été associées à l'ensemble des projets FASS, ce qui permet de tirer certaines conclusions sur les liens entre la production de connaissances et la production du changement.

La majorité des projets financés par le FASS au Québec ont porté sur l'intégration des soins et services (31/40) dans le but d'accroître l'efficience ou la qualité des services offerts. Plusieurs projets (17/40) ont porté sur l'implantation d'outils technologiques, par exemple l'introduction de nouveaux systèmes d'information ou de technologies cliniques comme les guides de pratique. Les projets se distinguent aussi en fonction des différentes cibles d'intervention qu'ils ont visées de façon prioritaire. Ils portent sur une clientèle spécifique comme les personnes âgées en perte d'autonomie, sur le suivi de personnes ayant une maladie spécifique ou sur l'organisation des soins et des services pour une collectivité ou un territoire toutes clientèles et conditions pathologiques confondues (Desbiens, Dagenais, Joubert et coll., 2001). Ces différents types de projets mettent en lumière des facettes incontournables du changement dans les systèmes de soins. Ils montrent qu'il y a une forte interdépendance dans la production du changement dans les systèmes de soins. Il est en fait difficile de circonscrire le changement à un domaine particulier, par exemple les pratiques cliniques, sans devoir à un moment ou l'autre apporter des changements au niveau de la gouvernance y compris l'affectation des ressources et l'incitation économique (Contandriopoulos, Denis, Touati, Rodriguez, 2001; Contandriopoulos, Denis, Lamarche, Touati, 2002). Ce constat empirique concorde avec l'idée que le changement organisationnel est un processus d'ensemble qui demande un nouvel alignement entre les valeurs des acteurs, leurs intérêts et la conception des organisations au sens large (Greenwood et Hinings, 1996; Minzberg, Ahlstrand, Lampel, 1998, 1999).

Des modes différents d'expérimentation pour produire le changement

Revenons maintenant à l'expérimentation en tant que technologie permettant de produire des changements dans le système de santé. Les projets FASS au Québec ont donné lieu à trois approches distinctes de l'expérimentation : i) la greffe d'un prototype, ii) l'introduction de nouvelles interventions sans incidences directes pour les patients et iii) le renouvellement des modes et des pratiques courantes. Nous traiterons ici des processus de changement associés à la greffe d'un prototype et au renouvellement des pratiques courantes. Le mode d'expérimentation qui consiste à introduire de nouvelles technologies ou interventions pour les professionnels sera traité plus explicitement à la section consacrée à l'analyse des processus internes de changement dans les organisations de santé.

L'expérimentation d'un prototype (par exemple le projet SIPA) consiste à greffer sur le fonctionnement courant du système de soins un nouveau modèle de prestation de services (Béland et coll., 2001a,b). L'expérimentation d'un prototype est séduisante du fait qu'elle s'apparente à une vision plus contrôlée du changement. En effet, l'expérimentation d'un prototype amène les promoteurs à investir une énergie importante dans l'implantation du projet. Avec ce mode, il peut paraître plus facile d'intervenir en cours d'expérimentation en faveur du changement. L'expérimentation d'un prototype pose cependant des défis particuliers.

Le prototype représente en soi une alternative à des modes courants d'organisation et de prestation des soins et des services. La reprise du modèle en fin d'expérimentation pose donc clairement la question de la capacité à substituer les modes courants d'organisation ou d'intervention par le prototype. Par exemple, substituer les soins de maintien à domicile courants par un modèle de type SIPA. La mise en œuvre d'un prototype en cours d'expérimentation peut aussi être partielle. Plusieurs projets FASS misaient sur l'expérimentation du mode de financement par capitation sans que cela ne se prête à une mise en place trop localisée. Se pose aussi la question de l'harmonisation d'un modèle de soins et de services développé pour une clientèle particulière avec l'ensemble du système de soins. Plusieurs projets pilotes ne représentent qu'une composante particulière de modèles de soins plus intégrés (Denis et Lamothe, 2001).

En tant qu'expérimentation d'un prototype, le projet SIPA illustre clairement les phénomènes d'interdépendance dans la production du changement. Il montre qu'une approche planifiée et délibérée du changement sous la responsabilité de professionnels engagés peut produire des changements de pratique en cours d'expérimentation. Par ailleurs, le changement local doit, pour se poursuivre et se consolider, s'appuyer sur des changements au niveau systémique. Il y a donc des incertitudes importantes quant à la capacité des organisations et des acteurs locaux d'institutionnaliser des changements significatifs. Pour agir en faveur du changement, il semble utile de considérer la complémentarité des modes participatifs et émergents – donc souvent locaux – de changement avec une approche plus dirigiste et centralisée du changement en mesure de modifier certaines règles du jeu dans le système de soins et de renforcer aussi la capacité de reprise des innovations par le système.

Contrairement aux prototypes, d'autres projets d'expérimentation suscitent des changements à même les ressources et les structures courantes du système de soins. Ces projets peuvent s'appuyer sur une injonction de la part d'une instance de régie comme celle visant à trouver des solutions de rechange aux fusions des établissements pour atteindre des objectifs de rationalisation des ressources et de coordination accrue des soins et des services (Lamarche et coll., 2001a), sur des menaces perçues dans l'environnement comme la fermeture éventuelle d'un petit hôpital (Touati et coll., 2001) ou sur la ferme conviction qu'ont des acteurs locaux de pouvoir mieux faire avec les ressources actuelles. Il s'agit là d'un changement qui, par nature, a un enracinement local de longue date et comporte des dimensions émergentes fortes. Il paraît moins planifié que l'expérimentation du prototype et s'apparente plus à un bricolage inventif. Plusieurs leçons peuvent être tirées de la dynamique associée à ce type d'expérimentation (Lamarche et coll., 2001a,b; Denis, Lamothe, Langley, 2000, 2001a). Différentes initiatives peuvent être prises pour produire un changement, mais le changement structurel semble avoir un potentiel limité. En fait, pour que des changements de structures produisent des avantages au niveau de la coordination des soins et des services, ces changements doivent s'inscrire en synergie avec les dynamiques de collaboration déjà présentes entre les acteurs. Les modalités structurelles de changement ont plus de chance d'être productives si elles s'inscrivent en complémentarité de changements émergents déjà amorcés. Par ailleurs, les changements bénéfiques aux patients sont les changements dans les pratiques professionnelles, c'est-à-dire dans la manière dont les professionnels dispensent les soins et services. C'est aussi là un point fort de l'expérimentation de nouveaux prototypes de prestation des soins et services. Par ailleurs, pour que les dynamiques entre acteurs convergent, notamment la collaboration entre les

médecins, les organisations et les autres professionnels, il faut évoluer vers des changements dans les mesures incitatrices. À cet égard, le changement ne peut pas uniquement être structurel ou volontariste, il doit miser sur une synergie entre ces deux facteurs et l'incitation (Denis, Lamothe, Langley et Valette, 1999). Dans les différents projets analysés, il y a aussi la présence de promoteurs permettant de consolider une vision des changements à faire et ayant la légitimité de développer et de mettre en place des stratégies pour les implanter. Nous reviendrons sur cette question dans la section IV, qui traite du leadership organisationnel.

On voit se dessiner à travers ces deux modes d'expérimentation (le prototype et le bricolage) une stratégie plausible de gestion du changement dans les organisations et le système de soins. Les projets FASS ont donné lieu à des changements qui s'apparentent plus à un mode émergent, c'est-à-dire qui s'éloigne d'une rationalisation bureaucratique qui a privilégié un mode structurel de changement dans le système de soins (Denis, Lamothe, Langley, 2000). Ils montrent clairement l'importance de ne pas aborder le changement uniquement comme un processus de « haut en bas » (*top-down*) et donc de miser sur des dynamiques émergentes (*bottom-up*) façonnées par les professionnels qui sont proches de la prestation des soins et services (voir notamment le *Umbrella Project* en Alberta). Cette approche plus souple du changement, jumelée à un impératif d'évaluation des projets novateurs, peut donner lieu à des apprentissages importants et à l'émergence de nouvelles alliances entre les milieux de pratique et les milieux académiques (Denis, Lamothe et Langley, 2001a). Elle concorde aussi avec une perspective adaptative de la conception organisationnelle plus conforme aux impératifs de la production professionnelle et de la gestion des organisations fondées sur la connaissance (Alvesson, 2001; Anderson et McDaniel, 2000; Empson, 2001a,b; Lowendhal, Revang et Fosstenlokken, 2001; Lamothe, 1996). Toutefois, la question de la diffusion et de la pérennité des changements produits localement reste entière posée.

La capacité d'institutionnaliser le changement

Trois dilemmes limitent le potentiel de changement associé à l'expérimentation dans le système de soins (Denis, Lamothe et Langley, 2001a). Le premier porte sur la nature même des structures ou des modèles d'organisation découlant des expérimentations. Plusieurs projets visent à accroître la coordination entre organisations et ils doivent constamment s'accommoder d'une structuration essentiellement verticale du système de soins. Le deuxième porte sur les conditions d'engagement des acteurs dans les expérimentations. Dans plusieurs projets, les incertitudes quant à la continuité d'une expérimentation, ce qui est une caractéristique fondamentale de ce mode de production du changement, minent l'engagement des acteurs et peuvent nuire à une conversion des ressources d'expérimentation en transformations durables des modes d'organisation des soins et des pratiques. Un troisième dilemme touche la question de la fragmentation du système de soins, soulevée par de nombreuses commissions sur les systèmes de soins dans les différences provinces canadiennes (les commissions Fyke et Clair, entre autres). Le programme FASS donne lieu à de multiples expérimentations auxquelles il est difficile de donner un sens et qu'il est difficile d'intégrer à une politique d'ensemble du système de soins. L'expérimentation oblige donc à une articulation et à un dosage des phases émergentes et locales et des phases plus centralisées et généralisées de changement dans le système de soins. Il faut à la fois renforcer et maintenir cette culture d'expérimentation tout en y voyant une cible

privilégiée d'exercice de la gouvernance dans le système de soins. Plus précisément, il faut penser à des stratégies qui permettent une interaction continue et efficace entre, d'une part, une gouvernance ayant la responsabilité de statuer sur la pertinence, la pérennité et le financement des expérimentations et, de l'autre, les initiatives locales prometteuses, sans contraindre indûment leur possibilité de développement. On voit là se dessiner des pistes pour renouveler les rôles de la gouvernance régionale analysée à la section précédente, notamment les rapports entre production de connaissances et utilisation des connaissances, la formation des acteurs pour le changement et la prise de décision dans le cadre de programmes expérimentaux.

Les ressources pour le changement

Il est possible de définir un ensemble de ressources pour le changement à partir de l'analyse des projets FASS (Denis, Lamothe et Langley, 2001a; Denis, 2001). L'expérience FASS montre l'importance d'associer de près les opérateurs, les professionnels et les autres effectifs dans le développement des projets de changement. La coopération des médecins est indispensable quoique difficile à assurer dans plusieurs projets. Les projets FASS s'apparentent pour la plupart à un mode décentralisé de production du changement qui a certainement contribué à introduire de la diversité dans un système plutôt centré sur l'uniformité. Les projets FASS ont souvent misé sur l'émergence de structures souples comme des comités de coordination ou de concertation qui peuvent stimuler le changement lorsqu'ils ont accès aux ressources nécessaires à leur implantation. Ces structures souples sont, à l'évidence, beaucoup moins bouleversantes pour les acteurs que des changements structurels plus radicaux. Par ailleurs, elles gagnent en efficacité dans un contexte d'expérimentation qui facilite le contrôle de certaines ressources par ces structures. L'expérience FASS nous en apprend probablement peu sur l'efficacité de ces structures souples dans le contexte habituel où de telles structures vont devoir mobiliser des ressources sous le contrôle des établissements. Les projets FASS montrent aussi clairement que les acteurs ont besoin de ressources et de temps pour élaborer des changements sur le plan des pratiques professionnelles. Le changement est aussi favorisé par la présence de promoteurs ou de leaders porteurs d'une vision des transformations à accomplir. Cette vision s'apparente à une idéologie réformiste mais dont les contours sont définis localement et permettent ainsi aux acteurs de s'identifier au projet de changement. Ces ressources peuvent permettre de tirer un meilleur parti des expérimentations.

La complexité des projets et le potentiel de transformation

Les projets FASS ont donc constitué un programme extrêmement varié en matière de gestion du changement. Dans le champ de la santé, et pour rendre compte des phénomènes d'interdépendance dans la production du changement, nous avons défini trois domaines où le changement doit se produire : i) le système clinique, qui comprend la manière de dispenser les soins et les rapports qu'entretiennent entre eux les professionnels; ii) le système de gouvernance, qui comprend les modalités de financement, le système de gestion et le système d'information et, enfin, iii) le système collectif des représentations et des valeurs (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001). Un projet d'expérimentation sera d'autant plus complexe qu'il vise explicitement à apporter des changements dans les trois domaines précités. À la lumière de l'analyse de l'expérience FASS, il parait difficile de bouger significativement dans un domaine

sans interpeller les autres domaines. L'analyse de l'expérience FASS permet d'émettre des hypothèses quant aux relations entre la complexité d'un projet et la production de changements. Les projets touchant au domaine clinique, à la gouvernance, aux valeurs et aux rapports entre le local et le fonctionnement général du système de soins sont éminemment plus complexes que ceux qui se limitent à une dimension très localisée de l'aspect clinique. Un projet de faible complexité, comme un programme d'enseignement pour patients asthmatiques, produira des changements prévisibles, mais sera probablement une source de transformation du système de soins plutôt modeste. À l'inverse, un projet complexe qui vise à apporter des changements dans les différents domaines que nous venons de décrire, telle la réorganisation des soins et des services sur l'ensemble d'un territoire rural, aura un potentiel élevé de transformer le système de soins, mais pourra par contre connaître plusieurs difficultés dans la réalisation de ce potentiel.

Ces propos montrent clairement l'importance d'inscrire les projets de changement dans une perspective à long terme puisque c'est là que les transformations les plus significatives pourront se produire. Inscrire le changement dans un horizon temporel long est pertinent dans la mesure où des arguments peuvent être énoncés sur la capacité de produire des changements plus radicaux de façon évolutive. À ce jour, le domaine de la santé fournit plusieurs exemples où il a été difficile de produire des changements radicaux sur le plan de la gouvernance et sur le plan des rapports entre professions. L'appui déterminé d'une instance de gouvernance qui pousse sur les projets d'expérimentation pourrait rendre possible un changement radical et évolutif dans le système de soins. Cela pose aussi la question de la capacité des instances de gouvernance à s'inscrire dans une perspective à long terme. À notre avis, lorsque les projets sont ambitieux au sens où nous venons de les décrire et qu'ils s'appuient sur des dynamiques professionnelles fortes, il y a là un potentiel de transformation important. Une cible importante de gestion du changement dans le système de soins est d'accroître notre capacité à bien suivre les initiatives locales et leurs rapports avec les changements qui doivent se produire à d'autres niveaux sur le plan de la gestion des ressources humaines et financières.

Cette analyse de l'expérimentation en tant que mode de production du changement nous amène à faire les propositions suivantes :

Proposition 1 : Pour produire des transformations, il importe de stimuler le changement local et émergent.

Proposition 2 : Pour produire des transformations, il importe de développer des stratégies pour s'assurer de la participation des professionnels et des autres effectifs dans des projets locaux de changement. Le recours à l'incitation semble primordial pour s'assurer de l'engagement des professionnels autonomes.

Proposition 3 : Pour produire des transformations, l'expérimentation ne peut agir seule et doit s'appuyer sur les rôles, les ressources et les compétences des instances centrales et régionales de gouvernance en vue de stimuler, de suivre, de diffuser et d'institutionnaliser les expérimentations.

Proposition 4 : Pour produire des transformations, il importe que les instances de gouvernance développent des programmes de type « capital de risque » en partenariat avec les organisations de soins.

Proposition 5 : Pour produire des transformations, l'expérimentation doit miser fortement sur le développement des capacités cognitives des acteurs. Par capacités cognitives, on entend une capacité à se représenter la complexité des processus de changement. La formation des acteurs engagés dans la gestion et la mise en œuvre des changements paraît à cet égard un atout important.

Proposition 6: Pour produire des transformations, l'expérimentation doit s'inscrire dans un processus cyclique alternant les phases d'émergence et de planification dans la gestion du changement.

Proposition 7: Pour produire des transformations, il importe de gérer la cohérence du projet local et son agencement avec les conditions systémiques.

IV – Le leadership vu comme une stratégie de changement

Le leadership organisationnel représente un mode entrepreneurial de production du changement. Dans cette section, nous discutons des facteurs propices à l'émergence d'un leadership organisationnel favorable au changement.

Leadership et changement stratégique dans les organisations de soins

Nous avons depuis plus de dix ans suivi les processus de changement dans les organisations de santé, en particulier au niveau des hôpitaux universitaires (Denis, Langley, Cazale, 1996; Denis, Lamothe, Langley, 1999, 2001b; Denis, Langley, Pineault, 2000). Des travaux récents (Brock, Powell et Hinings, 1999) suggèrent que les professionnels, dont les médecins, voient leur contexte de pratique se transformer tout en étant en mesure de maintenir une forte autonomie. La situation actuelle sur le plan du recrutement des effectifs médicaux et de la mobilité de cette catégorie professionnelle laisse entrevoir une autonomie croissante des médecins à l'égard des organisations. Se pose alors la question des conditions organisationnelles pour produire et maîtriser le changement dans un tel contexte.

Plusieurs travaux mettent en lumière les rôles des gestionnaires dans le pilotage des organisations et la mise en œuvre des changements (Hambrick et Mason, 1984; Finkelstein et Hambrick, 1996). Ces travaux se sont développés bien souvent autour d'une vision très individualiste et héroïque du leadership organisationnel. Une telle perspective paraît peu adaptée au fonctionnement d'organisations complexes marquées par une structure d'autorité fragmentée. Un tel constat nous a amenés à nous intéresser aux caractéristiques spécifiques du leadership dans ce type d'organisations. Le concept de leadership collectif souligne l'importance d'une multiplicité d'acteurs dans le développement des projets de changement. Il se fonde sur la nécessité d'assurer une représentation des pôles cliniques et administratifs dans les fonctions de leadership. Le leadership organisationnel reposerait donc à la fois sur la valorisation de compétences diversifiées et de différentes sources de légitimité. Pour harmoniser ces différentes ressources dans l'exercice du leadership, les propriétés fonctionnelles d'un leadership collectif peuvent être définies comme suit (Denis, Lamothe, Langley, 2001b). Pour accroître les capacités de changement, le leadership collectif doit être différencié, spécialisé et complémentaire. La différenciation des rôles de leader se rapporte à une division efficace des rôles entre les leaders de l'organisation. Cette différenciation pourrait éviter des rivalités improductives parmi ces intervenants. La capacité de leadership peut aussi être accrue si les leaders ont des rôles spécialisés et complémentaires de manière à faire face à l'ensemble des enjeux du changement.

Les enjeux du développement d'un leadership organisationnel collectif

L'approche du leadership collectif favorise une compréhension du rôle des acteurs dans le changement. Pour que le changement se produise, il faut un leadership fort. Par contre, le leadership en place peut être une source d'inertie, il faut alors réaménager le leadership et considérer celui-ci comme une cible privilégiée de changement. Trois facteurs menacent la solidité et l'efficacité d'un leadership collectif : la rivalité entre les leaders pour occuper l'avant-scène des processus organisationnels, le détachement du projet stratégique des leaders avec la

base opérationnelle de l'organisation, et la faiblesse du projet de changement par rapport aux exigences de l'environnement. Ces facteurs peuvent faire qu'une organisation ne réussisse pas à structurer des capacités de leadership suffisantes pour opérer des changements significatifs.

Des processus organisationnels spécifiques sont à la base de ces trois facteurs qui menacent la pratique d'un leadership collectif. La rivalité des leaders peut-être liée à des facteurs structuraux comme la rareté des occasions ou l'identification des leaders à différents segments de l'organisation. Le détachement du projet des leaders avec la base de l'organisation peut dépendre de l'incapacité de mobiliser des professionnels dans le développement d'un leadership collectif. Enfin, l'importance des jeux d'influence et des divergences d'opinions sur le devenir d'une organisation peut pousser les leaders à faire des compromis significatifs quant à la portée d'un projet de changement. Ces compromis peuvent remettre en cause la cohérence de la stratégie organisationnelle avec les tendances dans l'environnement. L'importance de la vision dans la gestion des processus de changement (Kotter, 1995) prend ici tout son sens dans la mesure où elle peut permettre de ne pas entraîner les projets de changement dans une dérive trop grande.

Gestion du changement et leadership organisationnel

La reconnaissance de l'importance du leadership dans les organisations de soins a plusieurs conséquences pour la gestion du changement. Elle montre combien le réaménagement des équipes de direction dans les organisations est étroitement liée à la capacité de produire le changement. L'analyse empirique des processus de regroupement d'hôpitaux universitaires suggère aussi que tout changement significatif s'accompagne d'une déstabilisation des relations entre les différentes composantes de l'organisation, en l'occurrence entre les acteurs administratifs et les acteurs professionnels ou cliniques, et qu'il faut approfondir notre connaissance des mécanismes propices à générer ou maintenir la confiance entre ces acteurs clés de l'organisation. La cooptation efficace de leaders provenant de la sphère professionnelle peut contribuer à renforcer la confiance. Par ailleurs, les dynamiques sociales et organisationnelles entourant le déploiement d'un leadership collectif ne peuvent suffire à elles seules à produire le changement. Si les projets de changement sont significatifs, ils vont avoir des conséquences variables pour les acteurs et les groupes d'acteurs. Idéalement, ces conséquences maximisent les avantages pour le plus grand nombre d'acteurs dans l'organisation et dans son environnement. Ces avantages, comme nous l'avons évoqué dans l'analyse de l'expérience FASS, peuvent avoir trait à l'apprentissage et à l'autonomie dans la réalisation de nouveaux modèles d'organisation des soins ou de pratiques. Par contre, il est aussi évident que les avantages découlant de l'introduction et de l'implantation de changements significatifs ne seront pas égaux pour l'ensemble des groupes et acteurs (Miller, Greenwood et Hinings, 1999). Le leadership collectif favorable au changement, si bien consolidé soit-il, doit donc pouvoir s'appuyer sur des formes d'incitation compatibles avec les changements recherchés.

Il appert que la gestion du changement est un processus complexe au sein des organisations et que sa complexité sera accrue lorsque le changement implique plusieurs organisations distinctes appelées à coopérer plus étroitement. Les dimensions d'un leadership collectif fonctionnel et les mécanismes susceptibles de favoriser la coexistence d'identités multiples dans un même projet organisationnel seront plus difficiles à concrétiser dans des espaces

inter-organisationnels (Denis, Lamothe, Langley, 2001b). La cooptation des professionnels est centrale mais doit être stimulée par des systèmes efficaces d'incitation. Les outils de gestion comme les approches de qualité et les systèmes d'indicateurs de performance peuvent aussi contribuer à canaliser le comportement d'acteurs autonomes vers le changement (Berry, 1983; Oakes, Towney, Cooper, 1998). Cependant, pour que ces approches soient porteuses de changement, elles doivent être soutenues et pilotées par un leadership organisationnel fort.

La dynamique de leadership en faveur du changement nous amène à faire les propositions suivantes :

Proposition 1 : Pour produire des transformations, il importe de renforcer la coopération entre les acteurs du domaine clinique et les acteurs du domaine administratif dans le pilotage du changement.

Proposition 2 : Pour produire des transformations, il importe de développer une vision collective du leadership organisationnel.

Proposition 3 : Pour produire des transformations, les acteurs en situation de leadership doivent se partager efficacement les rôles de leaders et accepter que des changements soient apportés dans ces rôles au fil du temps.

Proposition 4 : Pour produire des transformations, les leaders doivent porter une attention particulière à la communication et à la validation du projet de changement avec la base de l'organisation. Cette validation comprend, entre autres, un inventaire des coûts du changement pour les différents acteurs ou groupes d'acteurs.

Proposition 5 : Pour produire des transformations, les leaders doivent être en mesure d'établir un équilibre entre les préférences des acteurs au sein de l'organisation et les pressions de l'environnement pour le changement.

Conclusion

Dans cette étude, nous avons analysé différents processus constitutifs des capacités de changement dans les organisations et le système de soins. Il nous a vite semblé que les capacités de gouvernance et de changement sont interdépendantes. Le système de soins ne peut se satisfaire uniquement du changement local, volontariste et émergent. Si c'était le cas, il n'y aurait pas des difficultés dans le fonctionnement actuel du système de soins ni de lacunes dans le renouvellement des pratiques. Tout au long de cette étude, nous avons en fait travaillé dans l'hypothèse que le changement radical devrait pouvoir se produire de façon évolutive en recourant à une mise en cohérence des politiques et initiatives qui se prennent au niveau macroscopique de la régie, au niveau des organisations et au niveau clinique du système de soins. Le changement convergent procède par ajustement et ne modifie pas substantiellement les représentations qu'ont les acteurs de leurs domaines d'activité, les modes actuels de fonctionnement et de pratique, ainsi que le degré de coopération et coordination entre les différentes composantes du système de soins. Le changement radical porte sur l'ensemble de ces éléments de façon à modifier significativement les pratiques, les formes organisationnelles et la lecture que font les acteurs des enjeux cruciaux pour le développement durable du système. L'évolution récente des organisations et du système de soins va dans le sens d'un besoin de changements radicaux. La problématique de l'intégration des soins et des services est un bon révélateur de l'importance de mettre en place de tels changements. Par ailleurs, l'expérience récente des réformes des systèmes de soins invite à la prudence quant au rythme de production des changements. Le cas du système de soins au Québec montre qu'il est possible en peu de temps d'apporter des changements structurels importants et de déstabiliser les organisations et le système de soins. De tels remous n'ont pas permis d'implanter des changements radicaux dans les logiques fondamentales de fonctionnement. C'est en tenant compte de ces observations que l'idée de changement radical produit de façon évolutive paraît porteuse. En privilégiant une telle approche du changement, le rôle de la gouvernance gagne en importance.

Pour que les transformations se produisent, la gouvernance doit prendre au sérieux son rôle d'appui, d'expertise et d'incitation aux projets de changement émergents dans le système de soins. L'analyse de la gouvernance régionale témoigne d'un potentiel d'intervention important, mais qui se doit d'être plus orienté vers la stimulation d'expérimentations. L'analyse de l'expérience FASS montre des limites à une production strictement locale du changement. L'incitation des professionnels et des organisations et le développement des ressources humaines par la formation au changement devraient occuper une place privilégiée dans les pratiques de gouvernance. L'analyse du leadership témoigne du besoin de développer des élites organisationnelles qui sont en mesure d'assumer le pilotage du changement et de moduler leurs rôles en fonction du caractère évolutif du changement. Dans tous les processus que nous avons analysés, les coûts et les avantages du changement pour les ressources humaines sont à considérer. Les avantages dans un milieu professionnel peuvent comporter une part importante d'apprentissage. L'apprentissage ne peut toutefois se faire si les changements induisent des bouleversements excessifs et en apparence peu fonctionnels sur le plan du travail clinique.

Ce qui nous amène à formuler les recommandations qui suivent. Ces recommandations traduisent les résultats de notre analyse en pistes d'action pour le gouvernement fédéral. Elles s'appuient sur le postulat que le gouvernement fédéral maintient et va chercher à maintenir un rôle dans l'évolution du système de santé au Canada. Ces recommandations sont marquées aussi par l'idée qu'il faut de la diversité dans un système pour qu'il puisse se renouveler. Un rôle d'appui du gouvernement fédéral au renouvellement du système de soins me semble donc raisonnable. L'expérience du programme FASS suggère qu'il est possible de stimuler des expérimentations, mais que l'on doit porter une attention particulière à la pérennité des initiatives qui semblent prometteuses. Cela oblige probablement à une meilleure synergie des différents paliers de gouvernance dans le système de soins.

Recommandation 1 :
Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit porter une attention particulière aux besoins de cohérence entre les initiatives prises aux différents paliers de décisions politiques et administratifs. Cette recommandation s'appuie sur l'importance des logiques d'emboîtement dans la production du changement dans les systèmes complexes.

Recommandation 2 :
Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit miser sur le développement du capital humain et investir des ressources dans la formation des acteurs du changement. Cette recommandation s'appuie sur le rôle critique que joue le capital humain dans les organisations professionnelles, sur la nécessaire autonomie des acteurs et sur l'importance pour les acteurs de développer des représentations favorables à la mise en place des changements.

Recommandation 3 :
Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit investir dans un programme décentralisé de type capital de risque pour stimuler l'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation et de pratiques. Cette recommandation s'appuie sur l'importance de rendre disponible des ressources pour que les acteurs puissent s'engager dans le changement et du rôle de structure de gouvernance proche du local pour dynamiser le changement. Ce programme de capital de risque doit s'intégrer aux autres structures de gouvernance plutôt que de s'adresser directement au local.

Recommandation 4 :
Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit favoriser l'émergence d'espaces inter-régionaux et inter-provinciaux au sein desquels peut s'exercer un leadership collectif en faveur du changement. Cette recommandation s'appuie sur les limites constatées du changement local et sur le besoin de créer de nouveaux espaces politiques pour résoudre les enjeux cruciaux qui se rapportent au mode de financement des organisations et de la pratique professionnelle et à la disponibilité des ressources humaines.

Recommandation 5 :
Pour contribuer à produire les transformations requises dans les organisations et le système de soins, le gouvernement fédéral doit investir dans un système de vigie permettant de documenter, de suivre et de diffuser les expériences novatrices. Cette recommandation s'appuie sur l'importance de l'information et des connaissances pour influencer les acteurs en faveur du changement.

Bibliographie

Aggeri, F. et A. Hatchuel. 1999. Innovation et production de la norme : les nouvelles formes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement, dans *Les figures de l'institution et de la norme : entre états et sociétés civiles*. Actes du colloque de l'ADSE. Paris : l'Harmattan.

Alter, Catherine, Jerald Hage 1993. *Organizations working together*. Newbury Park, California : Sage Publications.

Alvesson, M. 2001. Knowledge work : Ambiguity, image and identity, *Human Relations* 54(7), 863-886.

Anderson, R.A. et R.R. McDaniel 2000. Managing health care organizations : Where professionalism meets complexity science, *Health Care Management Review* 25(1), 83-92.

Béland, François, et coll. 2001a. Évaluation d'un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), dans *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*, sous la direction de J.-C. Henrard et coll. Paris : INSERM. p. 237-258.

Béland, François, et coll. 2001b. *Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie – Évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000*. Montréal.

Berry, Michel 1983. *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, rapport du Centre de recherche en gestion, École polytechnique.

Bickerton, James. 1999. Reforming health care governance : The case of Nova Scotia, *Journal of Canadian Studies/Revue d'études canadiennes* 34(2), 159-191.

Bohman, J. 1996. Public deliberation. Pluralism, complexity, and democracy. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press (Massachusetts Institute of Technology).

Bourdieu, Pierre et L.J. Wacquant. 1992. Réponses. Pour une anthropologie réflexive. Paris : Éditions du Seuil.

Bourdieu, Pierre. 1980. *Le sens pratique*. Paris : Les éditions de Minuit.

Brock, David, Michael Powell, et C.R. (Bob) Hinings. 1999b. The restructured professional organisation: Corporates, cobwebs and cowboys, dans *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, sous la direction de David Brook, Michael Powell, et C.R. Hinings. London-New York: Routledge. p. 215-229.

Brunsson, N. et Andersson K. Sahlin. 2000. Constructing organizations : The example of public sector reform, *Organization Studies* 21(4), 721-746.

Bryson, John M., Barbara C. Crosby 1992. *Leadership for the common good. Tackling public problems in a shared-power world*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.

Callon, Michel, Pierre Lascoumes, et Yannick Barthe. 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris : Éditions Seuil.

Campbell, D.T. 1969. Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-429.

Casebeer, Ann et Kathryn Hannah. 2000.Transforming a health care system: Managing change for community gain, *Canadian Journal of Public Health* 91(2), 89-93.

Chevalier, J. 1996. *La gouvernabilité*. Paris: P.U.F.

Church, John et Paul Barker. 1998. Regionalization of health services in Canada: A critical perspective, *International Journal of Health Services* 28(3), 467-486.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. 2000. *Les solutions émergentes*, Québec.

Contandriopoulos, André-Pierre, Jean-Louis Denis, Paul Lamarche, Nassera Touati. 2002. Les soins et services de première ligne dans un système de santé public. Rapport final préparé et soumis à la CSN.

Contandriopoulos, André-Pierre, Jean-Louis Denis, Nassera Touati, Rosario Rodriguez. 2001. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures* 8(2), 38-52.

Contandriopoulos, Damien, Jean-Louis Denis, et Ann Langley. 2001. *The definition of the public in health care reform*, Workshop in Organizational Discourse Theory and Analysis. Academy of Management Annual Meeting, Washington, DC, August.

Contandriopoulos, André-Pierre, Marc-André Fournier, Jean-Louis Denis et coll. 1999. Les mesures incitatives et le paiement des ressources, dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, et coll. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. p. 123-147.

Contandriopoulos, André-Pierre et Yves Souteyrand, dir. 1996. *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*. Paris : John Libbey Eurotexte.

Contandriopoulos, André-Pierre. 1994. Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1(1), 8-26.

Davidson, Alan R. 1999. British Columbia's health reform: "New Directions" and accountability, *Canadian Journal of Public Health* 90 (Supplément 1), S35-S38.

Denis, Jean-Louis. 2001. Comment intégrer le changement dans le système de santé : les leçons tirées des 40 projets québécois financés par le fonds d'adaptation des services de santé (FASS). Conférencier au XXIIe Colloque Jean-Yves-Rivard : *L'innovation et le changement. Les innovations produisent-elles toujours du changement ?*, Montréal, 8-9 novembre.

Denis, Jean-Louis et Ann Langley. 2001. *Power, legitimacy and shifting archetypes in health care reform*, ASAC 2001 Une odyssée en gestion. 29e Congrès Annuel, 26-29 mai. London, Ontario.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 2001b. The dynamic of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations, *Academy of Management Journal* 44(4), 809-837.

Denis, Jean-Louis et Lise Lamothe. 2001. Le rapport de la Commission Clair : rénovation ou transformation du système de santé québécois?, dans *Québec 2002 : annuaire politique, social, économique et culturel*, sous la direction de R. Côté et coll. Québec : Éditions Fides.

Denis, Jean-Louis, et coll. 2001. *Histoire et bilan d'une innovation institutionnelle : les Agences Régionales de l'Hospitalisation*. Convention INSERM/MIRE/CNRS, juillet.

Denis, Jean-Louis. 2001. *Entre le central et le local – les dynamiques de régionalisation en santé. Un nouveau paradigme pour la santé publique*. 1er Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé. Amiens, France, 23-26 octobre.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 2001a. *Government-funded experiments as resources for renewal in health care?*, All Academy Symposium: How Government Matter: The Unanticipated Consequences of Health Reform. Academy of Management Annual Meeting, Washington, DC, August.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 2000. *The emerging shape of professional organization in health care*, Symposium on Professionals as knowledge assets in organizations – Reality Time and Power. Academy of Management Annual Meeting, Toronto, août.

Denis, Jean-Louis, et coll. 2000. *The regionalization of the Quebec health care system – An analysis*, Symposium ASA-IFSAM 2000, Montréal, 8-11 juillet.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et Marc Pineault. 2000. Becoming a leader in a complex organization, *Journal of Management Studies* 37(8), 1063-1099.

Denis, Jean-Louis et Annick Valette. 2000. Changement de structure de régulation et performance du mandat, *Finance, contrôle et stratégie* 3(2), 57-79.

Denis, Jean-Louis. 1999. Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation, dans *La santé demain : vers un système de soins sans murs*, sous la responsabilité de J.P. Claveranne et coll. Paris : Economica. p. 49-66.

Denis, Jean-Louis, Damien Contandriopoulos, Ann Langley et coll. 1999. Théorie et pratique de la régulation des régies régionales de la santé au Québec. Rapport financé par HEAL*Net*.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, et Ann Langley. 1999. The struggle to implement teaching hospital mergers, *Canadian Public Administration* 42(3), 285-311.

Denis, Jean-Louis, Lise Lamothe, Ann Langley et coll. 1999. The struggle to redefine boundaries in health care systems, dans Restructuring the Professional Organizations, sous la direction de David Brock, Michael Powell, C.R. (Bob) Hinings. London: Routledge. p. 105-130.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et André-Pierre Contandriopoulos. 1998. *From institutional discourse to organizational action : The dynamics of legitimation*. Academy of Management Meeting, San Diego, August, 1998.

Denis, Jean-Louis, et coll. 1998. *Les modèles théoriques et empiriques de régionalisation du système sociosanitaire ,rapport de recherche CQRS*.

Denis, Jean-Louis et Annick Valette. 1997. La régulation régionale au concret : l'expérience des DRASS, *Politiques et Management Public* 15(4), 25 p.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et Linda Cazale. 1996. Leadership and strategic change under ambiguity, *Organization Studies* 17(4), 673-699.

Denis, Jean-Louis, Ann Langley, et André-Pierre Contandriopoulos. 1995. Le rôle des instances régionales dans la transformation du système de santé au Québec – Le cas de la Régie régionale de Montréal-Centre, *Revue Française d'Administration Publique*, no 76, 599-608.

Desbiens, Francine, Christian Dagenais, Pierre Joubert et coll. 2001. *De l'innovation au changement*, rapport final soumis au Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), sous la direction de Pierre Joubert en collaboration avec les membres du Comité de pilotage de l'évaluation. Québec : Ministère de la santé et des Services sociaux.

Drache, D., Sullivan, T. 1999. *Market Limits in Health Reform: Public Success, Private Failure*. New York: Routledge.

Eisenhardt, K.M. 1985. Control : Organizational and economics approaches, *Management Science* 31(2), 134-149.

Empson, L. 2001a. Introduction : Knowledge management in professional service firms, Human Relations 54(7), 811-817.

Empson, L. 2001b. Fear of exploitation and fear of contamination: Impediments to knowledge transfer in mergers between professional services firms, Human Relations 54(7), 839-862.

Evans, Robert, G., Morris L. Barer, Theodore R. Marmor (Editors) 1994. *Why are some people healthy and others nots ? The determinants of health of populations*. New York : Aldine de Gruyter.

Ferlie, E.L., et coll. 1996. The new public management in action. Oxford: Oxford University Press.

Ferlie, Evan et Louise Fitzgerald. Top down change in U.K. health care : A political perspective. *Gestion*, à paraître.

Finkelstein, S. et D. Hambrick. 1996. Strategic Leadership. St-Paul, West.

Forest, Pierre-Gerlier et coll. 2000. *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*. Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales (GRIG), rapport présenté au Conseil de la Santé et du Bien-être, 61 pages.

Giacomini, M., Hurley, J., Bathia, V. et coll. 1996. The many meanings of money : A health policy analysis framework of understanding financial incentives. Centre for Health Economics and Policy Analysis. McMaster University, 36 p.

Giddens, A. 1984. *The constitution of society*. Berkeley: University of California Press.

Greenwood, Royston et C.R. (Bob) Hinings. 1996. Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management Review* 21(4), 1022-1054.

Hambrick, D. et P.A. Mason. 1984. Upper echelons : The organization as a reflection of its top managers, *Academy of Management Review* 9, 193-206.

Hatchuel, A. 2000. Perspective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective?, dans *Perspective pour une gouvernance démocratique*, sous la direction de E. Heurgon et de J. Landrieu. Paris : Éditions Aube.

Hayes, M.V. et J.R. Dunn. 1998. *Population health in Canada : A systematic review*, CPRN Study no H01. Canadian Policy Research Networks Inc.

Health Services Restructuring Commission. 2000. *Alegacy*, Minister of Health, Ontario.

Hinings, C.R. (Bob) et Royston Greenwood. 1988. *The dynamics of strategic changes*. New York: Basil Blackwell.

Hood, Christopher C. 1983. *The tools of Government*. London, Macmillan.

Hughes Tuohy, Caroline. 1999. Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, and Canada, *Health Affairs* 18(3), 114-134.

Kitchener, Martin. 1999. "All fur coat and no knickers": contemporary organizational change in United Kingdom hospitals, dans *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, sous la direction de David Brook, Michael Powell, et C.R. (Bob) Hinings. London-New York: Routledge. p. 183-199.

Kotter, J.P. 1995. Leading change : Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 59-67.

Lamarche, Paul, et coll. 2001a. L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 8(2), 71-92.

Lamarche, Paul, et coll. 2001b. Projet d'action concertée sur les territoires (PACTE) : une gestion locale des services du réseau de la santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées. Rapport de recherche QC-423, Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), Santé Canada.

Lamothe, Lise. 1996. La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultraspécialisés. Thèse de doctorat. Montréal : Université McGill.

Lascoumes, Pierre. 1996. Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique, dans *La gouvernabilité*. Paris : P.U.F. p. 325-338.

Leatt, Peggy, George Pink, Michael Guerriere. 2000. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthcare Papers*, 1(2), 13-35.

Lemieux, V. 1997. *La décentralisation*. Québec : Les presses de l'Université Laval.

Lewis, Steven J., et coll. 2001. Devolution to democratic health authorities in Saskatchewan: An interim report, *Canadian Medical Journal* 164(3), 343-347.

Lomas, Jonathan. 2001. Past concerns and future roles for regional, *Canadian Medical Association* 164(3), 356.

Lomas, Jonathan, John Woods, et Gerry Veenstra. 1997a. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 1. An introduction to the issues. *Canadian Medical Association* 156(3), 371-377.

Lomas, Jonathan, Gerry Veenstra, et John Woods. 1997b. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 2. Backgrounds, resources and activities of board members. *Canadian Medical Association* 156(3), 513-520.

Lomas, Jonathan, Gerry Veenstra, et John Woods. 1997c. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 3. Motivation, attitudes and approaches of board members. *Canadian Medical Association* 156(5), 669-676.

Lomas, Jonathan. 1997. Devolving authority for health care in Canada's provinces: 4. Emerging issues and prospects. *Canadian Medical Association* 156(6), 817-823.

Lowendahl, B.R., O. Revang, et S.M. Fosstenlokken. 2001. Knowledge and value creation in professional service firms: A framework for analysis. *Human Relations* 54(7), 911-932.

Mhatre, S. et R. Deber. 1992. From equal health care access to equitable access to health : a review of Canadian provincial health commissions and reports. *International Journal of Health Services*, (22), 645-668.

Meyer, Marshall W. et Lynne G. Zucker. 1989. *Permanently failing organizations*. Newbury Park-London-New Delhi: Sage Publications.

Miller, Danny, Royston Greenwood et Bob Hinings. 1999. Miser sur le chaos créateur ou évoluer dans la continuité. Le schisme entre les perspectives normative et universitaire du changement organisationnel. *Gestion*, revue internationale de gestion, 24(3), 158-164.

Miller, D. et P.H. Friesen. 1984. Organisations : A quantum view. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall

Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand, et Joseph Lampel. 1999. Transformer l'entreprise. *Gestion, revue internationale de gestion* 24 (3), 122-130.

Mintzberg, Henry, Bruce Ahlstrand, Joseph Lampel. 1998. *Strategy safari. A guided tour through the wilds of strategic management*. New York : The Free Press.

Oakes, Leslie S, Barbara Townley, David J. Cooper 1998. Business planning as pedagogy : language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, 43(2), 257-292.

Perrow, Charles et Mauro F. Guillén. 1990. *The AIDS disaster. The failure of organizations in New York and the Nation*. New Haven -London: Yale University Press.

Pettigrew, Andrew, E. Ferlie, et L. McKee. 1992. *Shaping strategies change: Making change in large organizations*. The case of the national health services. London: Sage Publications.

Powell, Michael J., David M. Brock, et C.R.(Bob) Hinings. 1999. The changing professional organization, dans *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, sous la direction de David Brook, Michael Powell, et C.R. Hinings. London-New York: Routledge. p. 1-19.

Rocher, Guy. 2001. *Le « laboratoire » des réformes dans la Révolution tranquille*, conférence Desjardins, prononcée dans le cadre du Programme d'études sur le Québec de l'Université McGill, 6 novembre. Montréal : Université McGill.

Rondinelli, D.A. 1981. Government decentralization in comparative perspective, *International Review of Administrative Sciences* 47(2), 135.

Ruggie, Mary. 1999. The US, UK and Canada. Convergence or divergent reform practices?, dans *Market Limits in Health Reform. Public success, private failure*, sous la direction de Daniel Drache et Terry Sullivan. London et New York, Routledge. p. 127-144.

Saltman, Richard B. et O. Ferroussier-Davis. 2000. The concept of stewardship in health policy, *Bulletin of the World Health Organizations* 87(6), 732-739.

Saltman, Richard, et J. Figueras, directeurs et auteurs. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, no. 72.

Saltman, Richard, J. Figueras et C. Sakellarides, dir. 1998. *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

Scheirer, M.A. 1981. *Program implementation : The organizational context*. Beverly Hills : Sage Publications.

Scheirer, M.A. 1987. Program theory and implementation theory : Implications for evaluators in Bickman, L. (Editor) *Using program theory in evaluation*. San Francisco : Jossey-Bass, p. 59-76.

Smith, B.C. 1979. The measurement of decentralization, *International Review of Administrative Sciences* 45(3), 215.

Touati, Nassera, et coll. 2001. Une expérience d'intégration des soins dans une zone rurale : les enjeux de la mise en œuvre, *Ruptures* 8(2), 93-107.

Trottier, Louise-Hélène, et coll. 1999. Contrasting vision of decentralization , dans *Market Limits in Health Reform: Public Success, Private Failure*, sous la direction de D. Drache et T. Sullivan. New York: Routledge. p. 147-165.

Tuohy, C.H. 1999. *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada*, New-York: Oxford University Press.

Turgeon, Jean. 2001. Panorama québécois : passé et prospectives. Conférencier au XXIIe Colloque Jean-Yves-Rivard : *L'innovation et le changement. Les innovations produisent-elles toujours du changement ?*, Montréal, 8-9 novembre.

Tushman, M.L. et E. Romanelli. 1985. Organizational evolution: A metamorphosis model of convergence and reorientation, dans *Research in oganizational behavior*, sous la direction de L.L. Cummings et de B.M. Staw. Greenwich, CT: JAI Press. Volume 7, p. 171-222.

Valette, Annick, André-Pierre Contandriopoulos et Jean-Louis Denis. 2000. Les processus de restructuration hospitalière et leur gestion. Rapport, France : MIRE.